Giornale di Psicologia, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9558

Giornaledipsicologia.it, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9450

Giornale di Psicologia

2009, Volume 3, Numero 1 (Febbraio)

Il Giornale di Psicologia pubblica una selezione di contributi originali di ricerca in ambito psicologico, di qualità elevata e di ampio interesse per ogni ricercatore, studioso o professionista nel settore, in campo sia accademico di base sia professionale applicato.
Il Giornale di Psicologia è una pubblicazione scientifica internazionale, di taglio europeo.
Il Giornale di Psicologia nasce da una filosofia che favorisce la massima diffusione open-access della ricerca scientifica in psicologia, senza perseguire obiettivi di sfruttamento commerciale della disciplina stessa.
Il Giornale di Psicologia è aperto a tutti i settori della ricerca specialistica in psicologia, specie della psicologia generale, sociale e applicata ovvero della psicologia sperimentale, metodologica, clinica, dinamica, storica, epistemologica; così come alla ricerca su temi quali i test, la psicoterapia, la psicotecnica, il counseling, le scienze cognitive e più in particolare lo studio della personalità.
Il Giornale di Psicologia viene pubblicato sia in formato cartaceo (ISSN 1971-9558), sia in formato elettronico (ISSN 1971-9450). Quest'ultimo è liberamente (e gratuitamente) accessibile via internet da ogni studioso, ricercatore, studente o curioso o quant'altro di tutto il mondo.
Tutte le comunicazioni da e per il Giornale di Psicologia avvengono via e-mail, a meno che non venga specificata la necessità di produrre materiali cartacei o dichiarazioni in copia ufficiale.
Per la proposta di articoli, occorre fare riferimento alle norme indicate nelle loro linee principali qui oltre e più estesamente sul sito internet http://giornaledipsicologia.it

Chiunque accede al Giornale di Psicologia si impegna automaticamente a leggere e quindi a conoscere, accettare e rispettare nel dettaglio tutte le caratteristiche del Giornale di Psicologia quali vengono descritte al sito ufficiale: http://giornaledipsicologia.it.
Di qualsiasi eventuale scorrettezza compiuta dagli Autori, che fosse sfuggita alla redazione del GdP, è responsabile solo è il soggetto che ha fornito i materiali, i dati o le informazioni o che ha espresso le opinioni relative.

CON RIFERIMENTO ALLA LEGGE ITALIANA SULLA STAMPA:

Il Giornale di Psicologia è una pubblicazione quadrimestrale a carattere scientifico, iscritta nel registro periodici del Tribunale di Milano (n.249; 16.4.2007).
Direttore Responsabile: Felice Perussia.
Il Giornale di Psicologia (ISSN 1971-9558) viene stampato in forma cartacea.
Il sito internet www.giornaledipsicologia.it ospita al suo interno l'edizione online (ISSN 1971-9450) del Giornale di Psicologia stesso.
La parte relativa al Giornale di Psicologia è solo quella contenuta nella sezione
http://giornaledipsicologia.it/gdp
Il resto del sito fornisce note di supporto scientifico e di inquadramento per il GdP, ma non ha carattere di pubblicazione peridodica, non è parte integrante del Giornale di Psicologia ed è autonomo.
Editore: Psicotecnica srl – Viale Cirene, 3 - 20135 Milano – www.psicotecnica.it
Poligrafato nel mese di aprile 2009 presso: Tecnos srl, viale Umbria 9a, 20135 Milano

Giornale di Psicologia, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9558

Giornaledipsicologia.it, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9450

Ringraziamo sentitamente, per la gentile quanto preziosa disponibilità, il COMITATO dei CORRISPONDENTI SCIENTIFICI del *Giornale di Psicologia*

Giornale di Psicologia, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9558

Giornaledipsicologia.it, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9450

Giornale di Psicologia
Norme per gli Autori
(Come proporre un articolo)

Il Giornale di Psicologia accoglie contributi scientifici originali sia ad invito sia liberi. Questi ultimi, sempre collocati nella sezione "Studi e Ricerche", vengono valutati separatamente da due revisori associati al Comitato dei Corrispondenti scientifici e di Redazione scientifica (referee). Le valutazioni dei revisori vengono comunicate direttamente agli Autori e la pubblicazione dell'articolo proposto sul Giornale di Psicologia è subordinata al fatto di tenere nel debito conto ciò che è stato eventualmente suggerito in tali valutazioni.

Gli articoli idonei alla pubblicazione sono in primo luogo ricerche ed esperimenti, fondati su protocolli originali. Possono altresì essere del tipo: presentazione di modelli o di teorie, analisi, commenti, rassegne critiche della letteratura, edizioni critiche di testi ecc.

L'argomento dell'articolo proposto deve essere chiaramente connesso ai temi della ricerca psicologica, nel senso più profondo ed ampio del termine.

Chi propone un manoscritto al Giornale di Psicologia si impegna automaticamente a leggere e quindi a conoscere, accettare e rispettare tutte le caratteristiche del Giornale di Psicologia quali vengono descritte al sito ufficiale: http://giornaledipsicologia.it.

Gli Autori, nel sottoporre un manoscritto al Giornale di Psicologia, si impegnano automaticamente a rispettare (e dichiarano di avere rispettato), nella redazione del testo così come nella realizzazione della ricerca da cui il testo deriva, tutti gli standard etici e deontologici, nonché il corretto trattamento dei soggetti (umani e animali) ovvero il rispetto delle leggi e particolarmente della privacy e dell'uguaglianza di "sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali" ecc

Gli Autori, nel sottoporre un manoscritto al Giornale di Psicologia, dichiarano implicitamente anche di rispettare e di avere rispettato rigorosamente le leggi nazionali e internazionali relative al diritto d'autore, evitando in ogni modo di ledere direttamente o indirettamente con quanto riportato nel loro testo il copyright altrui.

Il Giornale di Psicologia esercita, nei limiti del possibile, un controllo di qualità editoriale dei testi. Tuttavia non è prevista la sistematica correzione di bozze da parte della redazione: pertanto l'articolo deve essere assolutamente corretto e pronto per la pubblicazione.

La redazione del Giornale di Psicologia si riserva di verificare la correttezza tipografica delle bozze stesse, ma a propria discrezione, senza impegno e declinando ogni responsabilità sull'esattezza grammaticale, sintattica, grafica ecc del testo, che viene lasciata tutta (onori e oneri) agli Autori, unici responsabili della stesura del testo sia per i contenuti scientifici che per eventuali errori tipografici. La redazione si riserva comunque il diritto di apportare le eventuali minime correzioni di forma che risultassero necessarie.

Il testo potrà essere in italiano o eventualmente in inglese. E' ammessa la proposta di testi anche in altre lingue, ma occorre contrattarpreventivamente e la direzione per verificare la disponibilità di revisori che conoscano la lingua stessa.

Il testo dovrà essere, in linea di massima, in carattere Garamond o Times o simili. Il formato potrà essere preferibilmente Rich Text Format (.rtf) oppure anche OpenOffice Text Format (.sxw) o Microsoft Word Format (.doc). Va acclusa comunque anche una copia in Portable Document Format (.pdf). Le eventuali illustrazioni dovranno essere in .jpeg oppure in .bmp.

Le norme editoriali di stesura dei contributi liberi sono quelle convenzionali delle pubblicazioni scientifiche internazionali.

La struttura dell'articolo, anche per poter entrare in modo ottimale nei meccanismi di diffusione internazionale della ricerca, dovrà informarsi ai criteri indicati sul sito internet (giornaledipsicologia.it) in tutti i suoi aspetti, in particolare per quanto riguarda: Titolo; Abstract; Riassunto; Parole chiave; Riferimenti bibliografici.

Non si restituiscono gli articoli inviati per la pubblicazione, anche se rifiutati. Così come non si restituisce nessuno degli altri materiali eventualmente inviati.

Gli Autori sono invitati a conservare una copia del lavoro inviato perché la direzione del Giornale di Psicologia non si assume alcuna responsabilità per quanto riguarda la perdita o il danneggiamento dei materiali inviati.

L'accettazione dell'articolo da parte del Giornale di Psicologia comporta automaticamente l'impegno da parte dell'Autore a concedere i diritti d'autore per la specifica edizione che si realizza sul Giornale di Psicologia.

La sede redazionale del Giornale di Psicologia è attualmente presso il Direttore: Felice Perussia, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, Via Po, 14, 10123 Torino.

La gestione delle comunicazioni relative al Giornale di Psicologia avviene, nei limiti del possibile, completamente attraverso internet.

Gli indirizzi utili per inviare comunicazioni sono:

direzione @ giornaledipsicologia.it
redazione @ giornaledipsicologia.it

Giornale di Psicologia, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9558
Giornaledipsicologia.it, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9450

Editoriale

Questo è ormai il terzo anno di esistenza del *Giornale di Psicologia* (che ha cominciato ad essere pubblicato nel 2007). Si procede con entusiasmo e con un certo quale evidente successo, tanto dal punto di vista del crescente numero di lettori e dei positivi commenti che riceviamo (da varie parti del mondo), quanto dal punto di vista del numero e della qualità scientifica dei contributi che vengono gentilmente proposti dalla comunità dei ricercatori operanti nell'ambito della psicologia.

Vogliamo altresì tranquillizzare gli Autori, i cui lavori sono in corso di revisione. Il prossimo numero (quello di giugno) sarà infatti molto probabilmente più corposo di questo. Si è infatti creato una specie di collo di bottiglia rispetto alle revisioni, per cui alcuni lavori non hanno potuto essere "lavorati" in tempo per uscire in questo numero. Con il prossimo fascicolo contiamo comunque di recuperare il relativo *gap*. Mentre ci permettiamo anche di ricordare che lo spazio di tempo tra la proposta del contributo e la sua pubblicazione riesce a mantenersi, in linea di massima, non oltre i sei mesi. Abbiamo buone ragioni di immaginare una ulteriore accelerazione dei tempi, ma saranno soprattutto i fatti a parlare eventualmente da soli.

Sempre con il fine di migliorare il contributo che cerchiamo di fornire alla comunità scientifica attraverso il *Giornale di Psicologia*, merita sottolineare il fatto che la nostra compagine interna, che si incarica di reggere tutta la complessa operazione, ha visto un notevole incremento di forze, di competenze e di volontà. Quasi riprendendo la ultra-secolare tradizione che (come abbiamo ricordato in un precedente contributo storico proposto proprio in queste pagine) vede la fattiva collaborazione dell'Università di Torino con l'Università di Milano, lo zoccolo duro del *GdP* si onora ormai di una nuova collaborazione, legata appunto all'Università ambrosiana.

A partire da questo numero, a reggere il *Giornale di Psicologia*, si sono affiancati infatti: Gabriella Pravettoni in veste di vice-direttore e Claudio Lucchiari in veste di redattore. Li ringraziamo per la gentile e fattiva disponibilità scientifica, nella certezza che il loro apporto aiuterà a mantenere alto l'entusiasmo di quanti si sono presi la briga di lanciare questo *Giornale* ed a migliorarlo ancora.

Come qualcuno noterà, in questo numero del *GdP* mancano dei contributi per la ormai classica sezione di approfondimento storico che definiamo *Attualità*. Ciò dipende solo dalla circostanza per cui vi sono molti e interessanti materiali in produzione, benché al momento nessuno di questi possa essere considerato davvero perfezionato sino in fondo. In effetti abbiamo in lavorazione l'edizione italiana di alcuni classici molto interessanti e fondativi, ma sostanzilmente inesistenti in una versione nazionale. Si tratta peraltro di lavori anche molto corposi, che probabilmente faremo uscire a puntate.

La sezione storica rimane comunque nel nostro cuore, per cui ci sforzeremo sempre di darle spazio. La conoscenza delle radici della nostra disciplina, che spesso diventa piuttosto la consapevolezza del fatto che molte presunte scoperte moderne datano in realtà da un tempo molto lontano e nascono da autori non di rado diversi da quelli che vengono citati più volentieri oggi, rappresenta infatti un guadagno di consapevolezza che aiuta a migliorare la qualità anche della ricerca più recente.

Notiamo infine che la qualità dei contributi proposti, anche attraverso questo numero del *Giornale di Psicologia*, si mantiene sempre originale e interessante. Il che ci fa ben sperare anche per il futuro.

FP

Giornale di Psicologia, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9558

Giornaledipsicologia.it, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9450

Un esame del linguaggio per la diagnosi dei deficit afasici al letto del malato

Giuseppa ALLIBRIO*, Maria Antonella GORI*, Grazia SIGNORINI*, Claudio LUZZATTI**

*AUSL-11 Empoli – **Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca

ABSTRACT - *A bed-side examination for the early diagnosis of aphasia in Italian* - We describe a new bedside aphasia examination for the evaluation of the acquired language impairments in Italian. The task (*Esame del linguaggio al letto del malato*: ELLM) is intended to be used in the acute phase of illness, usually during the first week post aphasia onset. The test is made of a set of tasks measuring the verbal production (spontaneous speech, automatic series, picture naming, description of a complex image, repetition, reading aloud and spelling) and oral and comprehension of an aphasic subject. The evaluation takes about 20 to 30 minutes. The normative data were obtained from a sample of 50 healthy participants and 56 aphasic patients suffering from different aphasia types and different severity. The diagnostic procedure is exemplified on the basis of the description of two clinical cases. KEY WORDS: Bedside test, Acute aphasia, Normative data, Assessment.

RIASSUNTO – Lo studio descrive una prova per la valutazione dei deficit di linguaggio acquisiti (afasia) da somministrare in fase acuta, solitamente al letto del malato. Il test (*Esame del linguaggio al letto del malato*: ELLM) è composto da un insieme di compiti che valutano la produzione (eloquio spontaneo, serie automatiche, denominazione, descrizione di una figura complessa, ripetizione, lettura ad alta voce e scrittura) e la comprensione orale di un soggetto afasico. La prova ha una durata complessiva di somministrazione e correzione di 20-30 minuti. I dati normativi qui riportati sono tratti da un campione di 50 partecipanti sani e 56 pazienti afasici con diversa gravità e tipo di afasia. La procedura diagnostica viene esemplificata tramite la descrizione di due casi clinici. PAROLE CHIAVE: Esame al letto del malato, Afasia, Dati normativi, Afasia acuta.

Introduzione *

Nel corso degli ultimi decenni sono stati realizzati numerosi esami per la valutazione dei deficit di linguaggio di pazienti afasici di lingua italiana. Questi esami nascono in contesto clinico-neurolinguistico, psicolinguistico o pragmatico. Da un contesto clinico-neurolinguistico ha origine l'*Esame del Linguaggio-II* (Ciurli, Marangolo e Basso, 1997); la versione italiana dell'*Aachener Aphasie Test* (AAT, Luzzatti, Willmes e De Bleser, 1996), del *Multilingual Aphasia Examination* (MAE, Benton e Hamsher, 1989) del *Bilingual Aphasia Test* (BAT, Paradis e Libben 1987), della *Western Aphasia Battery* (WAB, Kertesz, 1982) e del *Boston Diagnostic Language Examination* (BDAE, Goodglass e Kaplan, 1983); da un contesto psicolinguistico trae origine la *Batteria per l'Analisi dei Deficit Afasici* (BADA, Miceli, Laudanna, Burani e Capasso, 1994); infine, in un'ottica pragmatica troviamo la versione italiana del *Communicative Abilities in Daily Living* (CADL, Holland, 1984). Le caratteristiche di questi test variano in base alle finalità stesse dei medesimi, con una durata di somministrazione variabile tra un'ora e mezza e le 5-6 ore. Queste prove sono quindi appropriate per pazienti in fase subacuta o cronica e richiedono generalmente che il paziente sia in grado di mantenere la posizione seduta in fronte ad un tavolo e sufficiente attenzione per l'intera durata del test.

Diversa deve essere, invece, la procedura diagnostica in fase acuta, cioè nel corso della prima settimana dall'insorgenza del disturbo afasico,

* Ringraziamenti: Gli autori ringraziano la Dr. ssa Simonetta Chiappi, *Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie,* il Dr. Francesco Benvenuti, *Direttore del Dipartimento della Riabilitazione e delle Fragilità* e la Dr. ssa Romana Giachi, *Responsabile dell'UOS Personale della Riabilitazione* per i suggerimenti ed il sostegno prestato nel corso della realizzazione di questo progetto. Si ringraziano inoltre le logopediste del distretto di Empoli dell'AUSL-11 per la collaborazione prestata.

quando la valutazione avviene necessariamente al letto del paziente. Alcuni test sono disponibili per la diagnosi in fase acuta: in lingua inglese va ricordato il *Frenchey Aphasia Screening Test* (FAST, Enderby, Wood, Wade, Langton e Hewer, 1987) e l'*Acute Aphasia Screening Protocol* (AASP, Crary, Haak e Malinsky, 1989), mentre per la lingua tedesca è stato realizzato l'*Aachener Aphasie Bed-Side Test* (AABT, Biniek, 1993). Manca invece una prova diagnostica in fase acuta per gli afasici di lingua italiana.

Per ovviare a questa lacuna è stato messo a punto un esame del linguaggio al letto del malato che nasce come risposta all'esigenza di un test valutativo di facile e breve applicazione e nel contempo dal contenuto sensibile, da utilizzare ogni qualvolta psicologi o logopedisti sono chiamati a valutare i pazienti afasici nei primi giorni dall'insorgenza del disturbo di linguaggio (Allibrio, Gori, Signorini e Luzzatti, 2008).

L'*Esame del Linguaggio al letto del malato* (ELLM) che qui si descrive è uno strumento di valutazione di rapida somministrazione e correzione che permette di ottenere una diagnosi d'afasia nei primi giorni dall'insorgenza del deficit linguistico. Il test consente di determinare le capacità linguistiche residue in una fase in cui il paziente non è solitamente in grado di mantenere la posizione seduta di fronte ad un tavolo, ha spesso difficoltà a mantenere la propria attenzione e la propria motivazione per un tempo prolungato. Si è scelto per questo motivo di realizzare un esame snello ed essenziale, di rapida somministrazione e correzione (20-30 minuti) ma che ciò nondimeno permette di trarre una prima ipotesi diagnostica in fase acuta e di indicare le prime linee operative terapeutiche.

I dati normativi sono stati raccolti su un gruppo di 50 partecipanti di controllo e 56 pazienti afasici, parte in fase acuta (seconda-sesta giornata), parte in fase subacuta (seconda-quarta settimana), parte in fase stabilizzata (oltre 5 mesi dall'insorgenza).

Descrizione del test

PRINCIPI GENERALI

Il test è formato da un insieme di prove che valutano la produzione e la comprensione del soggetto. La somministrazione avviene al letto del malato. Gli stimoli sono semplici e brevi e testano le diverse unità linguistiche e le diverse categorie lessicali (sostantivi, verbi e frasi) per le diverse modalità del linguaggio (produzione e comprensione; linguaggio orale e scritto). Nella scelta degli stimoli si è tenuto conto della frequenza d'uso, della classe grammaticale, della lunghezza e della complessità delle risposte attese.

Tutte le risposte del paziente vanno trascritte sul protocollo d'esame tenendo conto delle latenze, correzioni spontanee e altri fenomeni qualitativi del disturbo afasico. Il limite temporale per ogni item è di 20 secondi. Ogni item viene valutato lungo una scala di punteggio 0-3, tranne la produzione orale spontanea e la descrizione della figura complessa che richiedono una valutazione più articolata.

SOMMINISTRAZIONE DEL TEST

La prova del *linguaggio spontaneo* valuta il comportamento verbale interattivo nel corso di una conversazione semistandardizzata della durata di 3-4 minuti. L'esaminatore introduce l'argomento con una domanda standard: "Mi racconti come mai è qua, che cosa le è successo?". Il paziente risponde liberamente per circa 1-2 minuti; in caso di risposta inadeguata, l'esaminatore richiama il paziente al tema della conversazione ed eventualmente pone alcune domande generiche, quindi più specifiche, infine domande a cui il paziente possa rispondere anche solo con *si* e *no*.

Quanto prodotto viene valutato sulla base di sei parametri con una scala di 0-5 (vedi *Tabella 1* tratta da Luzzatti e coll, 1996, modificata). Il valore 5 indica una prestazione normale, 0 corrisponde ad un deficit completo o all'impossibilità di valutare il livello considerato. Nel complesso, un deficit gravissimo, grave, medio e lieve corrispondono rispettivamente ai valori da 1 a 4. *Tabella 2* definisce i valori per una definizione quantitativa della gravità di compromissione per alcuni livelli di osservazione.

I sei parametri di valutazione sono: *Abilità comunicative, Articolazione e prosodia, Linguaggio automatico, Lessico e Semantica, Fonologia e Morfologia e sintassi.*

(1) Il livello *Abilità Comunicative*: valuta le capacità verbali del paziente nel loro complesso al di là dei deficit per le singole unità e la capacità del paziente di usare al meglio le proprie capacità linguistiche residue.

Tabella 1 - Livelli di valutazione del Linguaggio spontaneo (da: Luzzatti, Willmes e De Bleser, 1996, modificata)

	0	1	2	3	4	5
Abilità comunicative	Nessuna produzione verbale comprensibile e grave deficit della comprensione	Comunicazione ridotta a poche espressioni frammentarie e/o per lo più incomprensibili e l'ascoltatore deve dedurre il senso di quanto prodotto tramite domande e spesso indovinare	La conversazione è possibile solo con l'aiuto dell'ascoltatore e spesso al paziente è impossibile commicare il messaggio desiderato	La conversazione è possibile con il minimo aiuto dell'ascoltatore e l'eloquio è compromessa da evidenti deficit afasici	La fluenza è ridotta e/o si rilevano ancora alcuni fenomeni qualitativi di tipo afasico	Nessuna difficoltà nella comunicazione e/o minime incertezze nella espressione orale e/o il paziente riferisce difficoltà nella comunicazione non rilevabili da parte dell'ascoltatore
Articolazione e prosodia	Nessuna produzione verbale o non valutabile a causa di frammenti sillabici ricorrenti	Gravissime difficolta articolatorie e/o gravissima disprosodia	Gravi difficoltà articolatorie e grave disprosodia	Lievi difficoltà articolatorie e/o lieve disprosodia e/o eloquio rallentato	Minimi segni di difficoltà articolatorie e/o minimi segni di disprosodia e/o lieve rallentamento dell'eloquio	Nessuna difficoltà articolatoria e nessun deficit della prosodia
Linguaggio automatico	Nessuna produzione o frammenti sillabici ricorrenti o non valutabile a causa delle gravissime difficoltà articolatorie	Quasi esclusiva produzione di automatismi	Molti automatismi e/o moltissime stereotipie e/o gravissima ecolalia e/o moltissime perseverazioni	Molte stereotipie e/o grave ecolalia e/o qualche automatismo verbale e/o molte perseverazioni	Alcune stereotipie e/o lieve ecolalia e/o alcune perseverazioni	Nessun automatismo verbale e nessuna stereotipia e assenza di ecolalia e nessuna perseverazione
Lessico e semantica	Nessuna produzione o non valutabile a causa dei frammenti sillabici ricorrenti, degli automatismi e/o delle gravissime difficoltà articolatorie o dei neologismi fonemici	Quasi esclusiva produzione di parole emesse in catena e senza senso, in modo fluente o non fluente, frasi fatte e stereotipie verbali	Moltissime parafasie semantiche e/o moltissimi neologismi semantici e/o moltissime frasi fatte prive di contenuto e spesso non adeguate al contesto	Molte parafasie semantiche e/o molte frasi fatte non communicative e/o moltissime anomie	Poche parafasie semantiche e/o qualche frase fatta non communicativa e/o molte anomie	Nessun deficit nella scelta e nella combinazione di parole e nessuna anomia o circonlocuzione
Fonologia	Nessuna produzione o non valutabile a causa dei frammenti sillabici ricorrenti, degli automatismi e/o delle gravissime difficoltà articolatorie	Quasi esclusiva produzione di parafasie fonemiche e neologismi in catena, emessi in modo fluente o non fluente	Moltissime parafasie fonemiche e/o neologismi fonemici	Molte parafasie fonemiche e/o nessun neologismo fonemico	Qualche parafasia fonemica e/o qualche imprecisione nella produzione fonemica	Nessun deficit fonemico
Morfologia e sintassi	Nessuna produzione o non valutabile a causa dei frammenti sillabici ricorrenti degli automatismi o delle gravissime difficoltà articolatorie e dei neologismi fonemici	Frasi quasi esclusivamente di una o due parole e quasi nessuna flessione e/o quasi nessun uso di funtori grammaticali	Frasi brevi e per lo più incomplete e/o frequenti deficit nell'uso delle flessioni e dei funtori grammaticali	Frasi lunghe e complesse ma con molti accavallamenti e ripetizioni di parti della frase e/o con molte interruzioni di frasi e/o con molti errori nell'uso delle flessioni e dei funtori	Qualche flessione errata e/o erroneo uso dei funtori grammaticali e/o qualche accavallamento e/o qualche frase frammentata o con molte interruzioni	Nessun deficit sintattico

Tabella 2 - Valori per la determinazione della frequenza di comparsa di alcuni fenomeni qualitativi nel linguaggio spontaneo (da Luzzatti, Willmes e De Bleser, 1996, modificata) e nella descrizione della figura complessa

Fenomeni qualitativi	moltissimi/e	molti/e	pochi/e	Unità di misura
Frequenza: 1 fenomeno qualitativo ogni…				
-Automatismi -Sostituzioni semantiche/verbali -Parafasie fonemiche -Errori di flessione e/o nell'uso dei funtori grammaticali	2-10	11-20	21-30	Parole a contenuto
-Stereotipie -Perseverazioni -Frasi fatte -Anomie o circonlocuzioni -Contaminazioni e ripetizioni di parti della frase -Interruzioni di frasi	2-5	6-10	11-15	Proposizioni

(2) Il livello *Articolazione e prosodia* esprime la presenza e gravità delle eventuali difficoltà articolatorie; un deficit minimale, riconoscibile solo da un operatore esperto corrisponde al punteggio 4; il punteggio 3 corrisponde ad un deficit riconoscibile anche da un ascoltatore *naif* ma di gravità lieve e tale cioè da non alterare la decodifica di quanto pronunciato; un punteggio 2 corrisponde a un disturbo più grave in seguito a cui la stringa di suoni prodotti è così trasformata che chi ascolta deve spesso chiedere al paziente di ripetere il messaggio prodotto; il punteggio 1 corrisponde a un deficit articolatorio così grave da rendere impossibile la decodifica di gran parte di quanto prodotto dal soggetto.

(3) Il livello *Linguaggio automatico* esprime la quantità di elementi verbali prodotti in modo automatico ed incontrollato (frammenti sillabici ricorrenti, automatismi, stereotipie verbali, perseve-

razioni ed ecolalia). Il punteggio 0 esprime la quasi esclusiva produzione di elementi automatizzati, 5 la sostanziale assenza di tali fenomeni.

(4) Il livello *Lessico e Semantica* (SEM) valuta la capacità di recuperare parole dal lessico (latenze anomiche, anomie, circonlocuzioni parafasie semantiche). *Tabella 1* e *Tabella 2* riassumono i criteri per l'assegnazione del punteggio.

(5) Il livello *Fonologia* (FON) valuta la gravità del deficit fonologico (sostituzioni, omissioni, aggiunte e trasposizioni). Anche in questo caso si rinvia a *Tabella 1* e *Tabella 2* per criteri di assegnazione dei punteggi.

(6) Il livello *Morfologia e Sintassi* (SINT) valuta la gravità del deficit a realizzare le concordanze morfologiche nel sintagma nominale e nella frase, a usare parole grammaticali (pronomi, articoli, preposizioni, etc.) e a realizzare una struttura sintattica complessa del periodo; una struttura semplificata della frase ottiene un punteggio 1 e 2 la presenza di errori nel contesto di una struttura frasale complessa portano ad un punteggio di 3 e 4.

La prova del *linguaggio seriale* richiede la produzione dei numeri da 1 a 10, dei giorni della settimana e dei mesi dell'anno; se il paziente non risponde l'esaminatore lo incoraggerà tramite una facilitazione che verrà annotata sul protocollo. Ciascuna serie è valutata con un punteggio 0-3, dove 3 corrisponde alla serie completa senza latenze, correzioni spontanee o facilitazioni; 2 per serie completa dopo autocorrezione, facilitazione (l'esaminatore enuncia il primo elemento di ogni serie), latenza maggiore di 2 secondi e per la produzione di almeno 7 numeri, 4 giorni, e 8 mesi (oltre l'eventuale facilitazione) purchè in sequenza corretta; 1 per la produzione di due o più *conduites d'approche*, facilitazione e latenza maggiore di 2 secondi con produzione di almeno 3 numeri, 2 giorni, 4 mesi (oltre la facilitazione), anche non in sequenza; 0 in tutti gli altri casi.

La prova di *denominazione orale* è costituita da una serie di immagini raffiguranti oggetti e azioni di cui si chiede al paziente di produrre oralmente il nome o il verbo corrispondente.

Nella *denominazione orale di oggetti* si presentano sei immagini raffiguranti tre elementi naturali e tre elementi artificiali; vi sono poi sei immagini per la denominazione *orale di verbi*. Si tratta di figure in bianco e nero che vengono presentate al soggetto una alla volta, e viene chiesto di recuperare il nome o il verbo corrispondente. Anche in questo caso si assegna un punteggio 0-3 per ogni item. Un punteggio = 3 è assegnato per una risposta corretta (incluse varianti dialettali); nella denominazione orale di verbi è accettato l'uso dell'infinito, della terza persona, della frase semplice soggetto-verbo, verbo-oggetto, soggetto-verbo-oggetto; un punteggio = 2 viene assegnato per correzione spontanea, *conduite d'approche*, latenza maggiore di 2 secondi, produzione scandita o disartrica, errori di accento, 1/3 o meno di 1/3 dei suoni omessi, sostituiti, trasposti o aggiunti, sostituzione semantica, forma passe-partout o circonlocuzione con buona corrispondenza con lo stimolo e la sostituzione con verbo semanticamente relato; un punteggio di 1 punto viene assegnato quando tra 1/3 e 2/3 dei suoni sono omessi, sostituiti, trasposti o aggiunti, o vengono prodotte sostituzioni semantiche con scarsa corrispondenza con lo stimolo; un punteggio = 0 punti è assegnato in assenza di produzione, in presenza di frammenti sillabici ricorrenti, di perseverazioni e di neologismi, o quando > 2/3 dei suoni sono omessi, sostituiti, aggiunti o trasposti.

La prova di *descrizione di una figura complessa* valuta la capacità di descrivere un evento complesso su stimolo visivo. L'esaminatore presenta l'immagine complessa al paziente e gli chiede di descrivere tutto quello che vi succede. Se il paziente si limita a denominare i singoli elementi, l'esaminatore lo invita a produrre delle frasi. L'analisi delle prestazioni di un gruppo di 50 soggetti di controllo ha permesso di identificare gli elementi essenziali della figura (partecipanti, azioni e oggetti descritti da almeno il 50% dei controlli) ed eventuali sinonimi, diminutivi o varianti dialettali. La *Tabella 3* riporta i 13 elementi essenziali. La valutazione avviene assegnando 1 punto per ogni elemento prodotto, ½ punto (fino a un massimo di 3 punti) per la produzione di elementi non inclusi nella lista e nella tabella ma che trasmettono parzialmente l'informazione pertinente (elementi semanticamente relati, sostituzioni semantiche e/o circonlocuzioni con buona corrispondenza con il bersaglio) e sottraendo fino a un massimo di 2 punti per errori fonemici e un massimo di 2 punti per errori sintattici. Il range del punteggio va da 0 a 13.

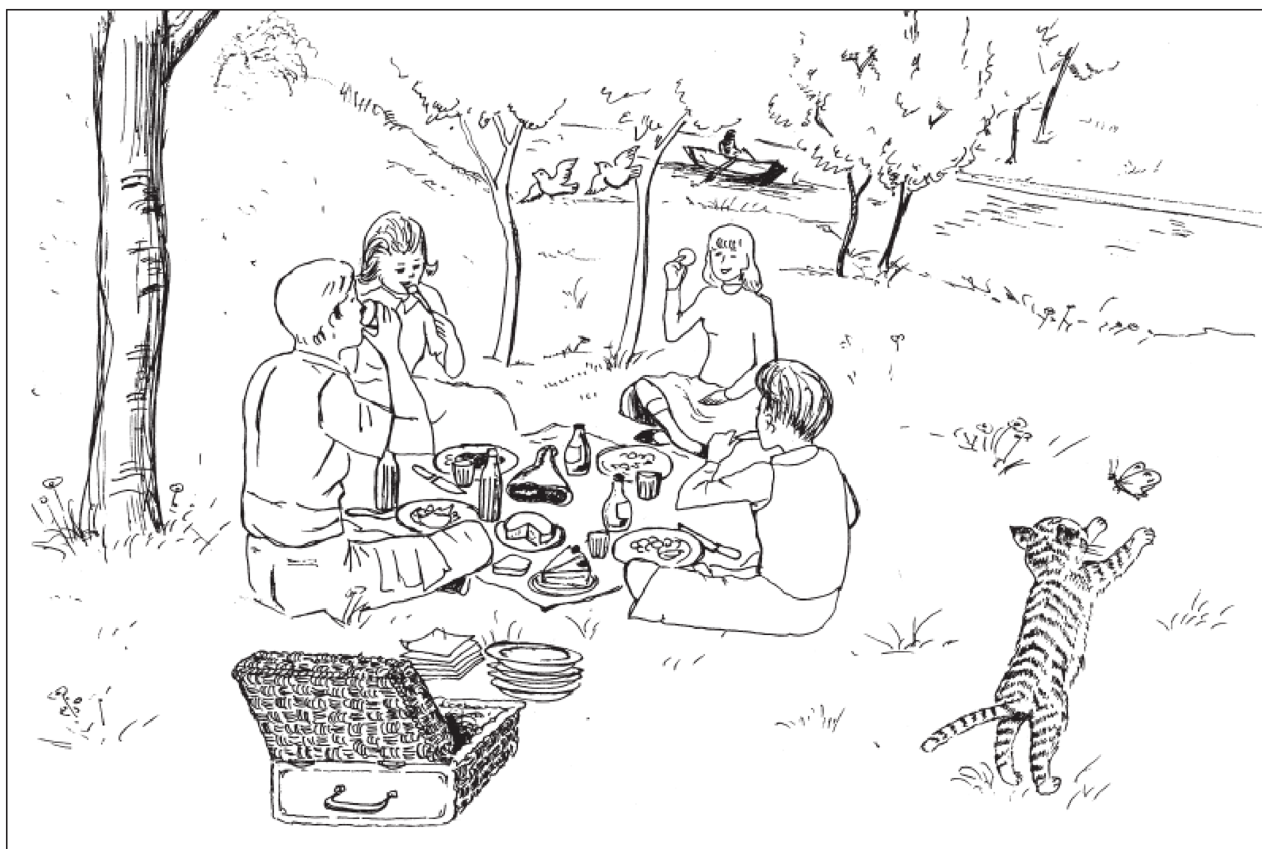


Figura 1 - Figura complessa

Tabella 3 - Schema riepilogativo per la Descrizione della figura complessa

Ambiente			Picnic				Gatto			Fiume			elementi extra (1/2)
prato	alberi	uccelli	famiglia	picnic	mangiare	cestino	gatto	gioca con	farfalla	fiume	uomo	barca	
Risultato: …… + …… semanticamente relati - …… errori fonemici - …… errori sintattici = tot ……… /13													

La prova di *comprensione uditiva* utilizza oggetti d'uso comune e facilmente reperibili al letto del malato. Essa valuta la comprensione di parole tramite l'indicazione di oggetti tra 8 alternative e di frasi tramite l'esecuzione di 4 ordini. L'esaminatore può riproporre una seconda volta ogni stimolo su richiesta del paziente o se questo non esegue nulla. Nella *correzione* si assegnano 3 punti per ogni risposta corretta. Nella *comprensione uditiva di parole* si assegnano 2 punti per correzione spontanea, ripresentazione dello stimolo, latenza maggiore di 2 secondi, 1 punto per l'indicazione di un oggetto semanticamente relato, 0 punti in caso di nessuna reazione o di indicazione di un oggetto non relato. Nella *comprensione uditiva di frasi* si attribuiscono 2 punti per correzione spontanea, ripresentazione dello stimolo, identificazione di due oggetti e dell'azione ma errata decodifica delle preposizioni locative, latenza maggiore di 2 secondi e nel caso in cui uno dei due elementi venga sostituito con l'elemento semanticamente relato e il funtore è interpretato correttamente; 1 punto viene assegnato per un'azione con poca relazione lessicale semantica e sintattica con l'azione bersaglio (un solo elemento dell'azione è corretto).

La prova di *ripetizione* utilizza 4 parole di diversa lunghezza e complessità fonologica/articolatoria e 3 frasi di diversa lunghezza. Gli stimoli sono letti ad alta voce dall'esaminatore e il paziente è invitato a ripetere quanto prodotto, utilizzando le stesse parole e nello stesso ordine. Si registrano sul protocollo le risposte del paziente assegnando i seguenti punteggi: 3 per una risposta corretta; 2 punti per correzione spontanea, ripresentazione dello stimolo da parte dell'esaminatore, produzione scandita o disartrica, errore di accento, latenza maggiore di 2 secondi e quando 1/3 o meno di 1/3 dei suoni e delle parole sono omessi, sostituiti, trasposti o aggiunti e per sostituzione semantica o circonlocuzione con buona corrispondenza con lo stimolo; 1 punto quando tra 1/3 e 2/3 dei suoni e delle parole sono omessi, sostituiti, trasposti o aggiunti e quando la risposta prodotta contiene due o più sostituzioni semantiche o circonlocuzioni con buona corrispondenza con lo stimolo; 0 per l'assenza di risposta o produzione di frammenti sillabici ricorrenti o perseverazioni.

La prova di *lettura* è costituita da 6 parole e 3 frasi di diversa lunghezza che il paziente è invitato a leggere a voce alta. In caso di titubanza o rifiuto, il paziente viene incoraggiato ad eseguire la consegna e a leggere almeno qualche lettera o parola e viene tranquillizzato riguardo ad eventuali errori. La correzione come per le altre prove avviene attribuendo 3 punti per le risposte corrette; 2 punti per autocorrezione, produzione scandita o disartrica, errore di accento, quando 1/3 o meno di 1/3 dei suoni e parole sono omessi, sostituiti, trasposti, aggiunti e per sostituzione semantica o circonlocuzione con buona corrispondenza con lo stimolo e alla latenza maggiore di 2 secondi; 1 punto quando meno di 2/3 ma più di 1/3 dei suoni e parole sono omessi, sostituiti, trasposti o aggiunti e se sono presenti due o più sostituzioni semantiche o circonlocuzioni con buona corrispondenza con lo stimolo; 0 punti per assenza di risposta, risposta neologistica o perseverazione.

La prova di *scrittura* si compone di tre parti: *scrittura del nome e del cognome*, *denominazione scritta di immagini e dettato.* L'esaminatore segnala sul protocollo con quale mano il paziente scrive; in caso di deficit motorio alla mano destra il paziente è incoraggiato a utilizzare la mano sinistra. Per facilitare l'esecuzione della prova l'esaminatore fornisce al paziente una matita. Nel caso di scrittura con la mano sinistra non viene tenuto conto delle imprecisioni formali. Per la sottoprova di *scrittura del nome e cognome* si attribuiscono 3 punti per la scrittura corretta di entrambi; 2 punti per correzione spontanea, non più di un errore nel nome e/o nel cognome e per latenza maggiore di 2 secondi; 1 punto a più di un errore nel nome e/o nel cognome; 0 punti all'assenza di risposta o a elementi stereotipati o comunque per produzione non riconoscibile. Per le sottoprove di *denominazione scritta* e di *dettato di parole* si assegnano 3 punti per le risposte corrette; 2 punti per correzione spontanea, quando 1/3 o meno di 1/3 delle lettere sono omesse, sostituite, trasposte o aggiunte, per sostituzione semantica o circonlocuzione con buona corrispondenza con lo stimolo e per latenza maggiore di 2 secondi; 1 punto quando tra 1/3 e 2/3 delle lettere sono omesse, sostituite, trasposte o aggiunte e per sostituzione semantica con scarsa corrispondenza con lo stimolo; 0 punti in assenza di risposta, risposta neologistica o perseverazione.

Il test prevede anche la prova di aprassia bucco-facciale di De Renzi., Pieczuro e Vignolo. (1966) e sei item della prova di aprassia ideomotoria di De Renzi e Faglioni (1996). La valutazione segue lo schema delle prove stesse.

Al fine di facilitare l'esaminatore all'attribuzione dei punteggi ai diversi item, il manuale del test contiene numerose tabelle con esempi per la correzione.

Soggetti

L'esame del linguaggio è stato somministrato ad un campione di 50 partecipanti sani senza lesioni cerebrali e ad un campione di 56 pazienti afasici in seguito a lesione cerebrale focale. Ventotto dei pazienti afasici avevano un disturbo di linguaggio in fase acuta (insorto da 2 a 6 giorni prima della valutazione); 11 pazienti un disturbo subacuto (insorto da 7 a 28 giorni prima); 17 pazienti un disturbo cronico (≥ 150 giorni dall'insorgenza). *Tabella 4* riassume le caratteristiche anagrafiche dei partecipanti allo studio.

Tabella 4 - Caratteristiche anagrafiche dei partecipanti allo studio (controlli e pazienti afasici).

	Controlli (N= 50)	Afasici (N= 56)
	Media ± DS	Media ± DS
Età	59,8 ± 15,0	72,9 ± 11,4
Scolarità	11,8 ± 5,0	6,3 ± 3,4
Sesso	26 M, 24 F	34 M, 22 F
Durata di malattia:		
28 pazienti acuti (2-6 giorni)		4.0 ±1.2
11 pazienti subacuti (7-28 giorni)		11.9 ± 6.4
17 pazienti cronici (≥ 150 giorni)		329.9 ± 232.3

Risultati

Tabella 5 riporta le prestazioni dei *partecipanti di controllo*.

Tabella 5: Prestazioni medie dei partecipanti allo studio alle diverse sottoprove (controlli)

		Range	Media	DS
Serie automatiche		0-9	9,00	0
Denominazione orale	Nomi	0-18	17,94	0,31
	Verbi	0-18	17,92	0,34
	Totale	0-36	35,86	0,61
Descrizione figura		0-13	11,81	1,42
Comprensione uditiva	Parole	0-24	24,00	-
	Frasi	0-12	11,98	0,14
	Totale	0-36	35,98	0,14
Ripetizione	Parole	0-12	12,00	-
	Frasi	0-9	9,00	-
	Totale	0-21	21,00	-
Lettura	Parole	0-18	18,00	-
	Frasi	0-9	9,00	-
	Totale	0-27	27,00	-
Scrittura	Nome	0-3	3,00	-
	Denominazione	0-12	12,00	-
	Dettato	0-12	12,00	-
	Totale	0-27	27,00	-
Aprassia	bucco-facciale	0-20	20,00	-
	ideomotoria	0-18	18,00	-

Come per i dati normativi dell'AAT, i punteggi ottenuti alla valutazione dell'eloquio spontaneo da parte dei partecipanti di controllo sono tutti pari a 5 (e non hanno quindi varianza) trattandosi di scala di valutazione basata su fenomeni qualitativo di natura afasica. Data la relativa semplicità delle restanti prove e sottoprove che compongono il test, i controlli ottengono quasi senza eccezione il punteggio massimo. Principale eccezione è la descrizione della figura complessa.

Le prestazioni dei *pazienti afasici* sono mediamente compromesse per ciascuna delle prove e sottoprove che compongono l'esame del linguaggio (tabella 6). Il confronto tra le prestazioni dei pazienti afasici acuti, subacuti e cronici mostra un'estrema omogeneità dei punteggi per ciascuna delle prove e sottoprove che compongono il test (vedi tabella 6).

Tabella 6: Prestazioni medie dei pazienti afasici divisi per diversa durata di malattia (28 acuti, 11 subacuti e 17 cronici)

			Durata (giorni)		
		Range	2-6	7-28	=/> 150
Età			75,0±19,7	73,2±12.4	69,1±13,1
Scolarità			5,4±12,6	5,2±1,2	8,5±4,5
Sesso			M 17, F 11	M 6, F 5	M 11, F 6
Durata (gg)			4.0±1,2	11,9±6,4	392,9±232,3
Linguaggio spontaneo	COM	0-5	2.0±1,4	1,9±1,1	1,7±1,1
	ART	0-5	3,7±1,8	4,4±1,0	3,6±1,9
	AUT	0-5	2,6±1,52	2,3±1,3	2,2±1,2
	SEM	0-5	2,3±1,5	2,0±1,3	2,1±1,3
	FON	0-5	3,2±1,9	3,3±1,7	3,1±1,6
	SIN	0-5	2,6±1,6	2,4±1,4	2,4±1,5
Serie automatiche		0-9	6,5±3,1	7,0±2,5	6,06±2,5
Denominazione orale	Nomi	0-18	10,4±6,2	10,8±5,5	9,9±7,1
	Verbi	0-18	8,8±6,6	6,6±5,8	8,7±6,3
	Totale	0-36	19,2±12,3	17,4±10,1	18,5±13,1
Descrizione figura		0-13	2,9±2,7	2,1±1,9	3,3±3,4
Comprensione uditiva	Parole	0-24	22,3±4,2	19,0±7,4	20,5±6,0
	Frasi	0-12	9,2±3,6	6,4±5,2	7,3±5,1
	Totale	0-36	31,5±6,8	25,4±11,7	27,8±10,3
Ripetizione	Parole	0-12	9,6±3,7	10,1±2,7	9,1±3,4
	Frasi	0-9	5,4±3,3	5,7±3,4	4,1±3,2
	Totale	0-21	15,1±6,5	15,8±5,6	13,2±6,3
Lettura	Parole	0-18	12,0±6,3	10,5±7,2	12,2±6,8
	Frasi	0-9	4,9±3,6	5,1±3,6	5,0±3,5
	Totale	0-27	16,9±9,7	15,6±10,5	17,2±10,1
Scrittura	Nome	0-3	1,7±1,4	1,9±1,0	2,1±1,2
	Denominazione	0-12	5,3±4,9	7,1±4,1	6,8±4,7
	Dettato	0-12	5,2±5,2	6,8±4,4	7,5±4,3
	Totale	0-27	12,1±10,9	15,8±9,1	16,2±9,8
Aprassia	bucco-facciale	0-20	15,6±5,6	14,8±5,9	15,1±6,2
	ideomotoria	0-18	16,3±4,3	17,1±1,3	16,2±3,1

Le prestazioni dei soggetti afasici alle diverse prove ha permesso di classificare i pazienti per le principali forme afasiche classiche (*Tabella 7* e *Tabella 8*): in 12 casi il disturbo corrispondeva a quello di un'afasia *amnestica*, in 14 di un'afasia di *Wernicke*, in 9 casi di un'afasia di *Broca* e in 7 casi di un'afasia *globale*. Il disturbo di dodici dei pazienti è risultato *non classificabile* in modo univoco per alcuna delle forme afasiche classiche, mentre per due dei pazienti la diagnosi è stata di forma afasica residua. Per i criteri di classificazione usati si rinvia a Basso e coll., 1996 e a Luzzatti, 2007.

Tabella 7: Prestazioni medie dei pazienti afasici divisi per i principali tipi di afasia (12 amnestici, 14 afasia di Wernicke, 9 afasia di Broca, 7 afasia globale e 12 afasia non classificabile).
Dato l'esiguo numero di casi, la tabella non riporta medie deviazioni standard per i due pazienti classificati come sindrome afasica residua.

			Tipo di afasia				
		Range	Amnestici	Wernicke	Broca	G	NCL
Eta			72,1±8,1	76,4±6,1	72,3±15,8	64,1±21,4	75,0±6,8
Scolarità			7,2±3,6	6,6±4,5	5,9±3,3	7,6±4,0	4,9±0,7
Sesso			9 M, 3 F	7 M, 7 F	M 6, 3 F	5M, 2F	5 M, 7 F
Durata (gg)			114±205	111±131	214±252	281±406	5,9±2,6
Linguaggio spontaneo	CC	0-5	2,7±0,7	1,9±0,9	1,1±0,8	0,4±0,8	2,1±1,2
	AI	0-5	4,8±0,4	4,5±1,3	2,1±1,8	2,3±2,1	3,8±1,2
	AI	0-5	3,0±0,7	2,6±1,2	1,6±1,2	0,9±1,5	2,8±1,2
	SE	0-5	2,8±0,8	2,2±1,2	1,4±1,5	0,6±1,1	2,7±1,2
	FC	0-5	4,5±0,5	3,3±1,1	1,7±1,7	1,1±2,0	3,8±1,5
	S	0-5	3,8±0,5	3,1±1,0	1,1±1,2	0,6±1,1	2,4±1,1
Serie automatiche		0-9	7,9±1,2	6,7±2,1	4,6±3,4	3,9±2,3	7,3±2,9
Denominazione orale	No	0-18	13,0±4,5	10,4±6,1	7,4±6,1	1,6±2,3	13,8±4,2
	Ve	0-18	12,0±5,2	8,7±6,9	6,1±5,0	0,9±1,2	9,8±5,6
	Tot	0-36	25,0±8,9	19,1±12,6	13,6±10,8	2,4±3,2	23,7±8,7
Descrizione figura		0-13	4,5±2,9	2,8±3,2	1,4±1,2	0,3±0,5	3,4±2,1
Comprensione uditiva	Pa	0-24	23,8±0,9	20,1±6,9	23,4±1,3	15,4±6,6	20,8±6,1
	Fr	0-12	10,0±2,4	5,9±5,1	10,7±2,2	2,4±3,1	9,5±4,0
	Tot	0-36	33,8±2,6	25,9±10,8	34,1±3,3	17,9±9,3	30,3±8,8
Ripetizione	Pa	0-12	11,9±0,3	10,0±2,0	7,2±3,8	5,9±4,6	10,3±3,4
	Fr	0-9	8,1±2,0	3,9±2,1	2,9±2,8	1,0±1,0	6,9±2,6
	Tot	0-21	20,0±2,1	13,9±3,4	10,1±6,3	6,9±5,4	17,3±5,7
Lettura	Pa	0-18	12,6±6,1	12,7±6,4	8,9±6,6	3,56±4,5	15,8±3,3
	Fr	0-9	5,5±3,9	5,1±3,2	4,4±2,8	0,3±0,8	6,8±2,7
	Tot	0-27	18,1±9,8	17,9±9,6	13,3±9,2	3,9±4,9	22,6±5,7
Scrittura	No	0-3	2,7±0,9	1,9±1,1	2,2±1,1	0±0	1,5±1,2
	Denominazio	0-12	8,0±4,5	6,3±3,4	6,9±5,2	0,1±0,4	5,8±4,5
	Dett	0-12	8,7±4,5	6,5±4,1	7,4±4,7	0,4±1,1	5,2±5,0
	Tot	0-27	19,3±9,4	14,4±8,3	16,6±10,6	0,6±1,5	12,5±9,8
Aprassia	bucco-facci	0-20	18,8±1,6	18,2±3,2	11,6±4,3	6,7±6,2	15,4±5,4
	ideomoto	0-18	17,9±0,3	16,6±2,0	17,3±1,3	11,7±6,6	16,5±3,7

Tabella 8: Tipo di afasia per intervallo dall'insorgenza

	Acuti	Subacuti	Cronici	Totale
Amnestici	8	1	3	12
Wernicke	4	4	6	14
Broca	3	1	5	9
Globali	3	1	3	7
Non classificabili	8	4	-	12
Sindromi residue	2	-	-	2
Totali	28	11	17	56

Pur con un numero relativamente ristretto di casi per ciascuna delle forme afasiche classiche, il confronto tra pazienti con diversa *durata di malattia* (tabella 8) suggerisce una prevalenza di forme classificate come afasia *amnestica* (66%) e di forme *non classificabili* (50%) tra i pazienti in fase acuta; un fenomeno che tende a ridursi sensibilmente in fase subacuta (8,3% e 33%) e tra i pazienti affetti da forma afasica cronica (25% e 0%). L'Appendice 3 riporta le tabelle di conversione dei punteggi grezzi in punteggi percentile delle prestazioni dei 56 pazienti afasici per le diverse sottoprove del test. Pur in considerazione del numero relativamente limitato di pazienti afasici che compongono il campione normativo, la trasformazione dei punteggi grezzi in punteggi percentili permette di confrontare le prestazioni ottenute alle diverse prove che compongono il test mediante scale che tengono conto della relativa difficoltà delle diverse prove.

Descrizione di casi clinici

CASO CLINICO 1:

Un pensionato di 69 anni con 5 anni di scolarità giunge in accettazione dell'Ospedale di X per l'improvvisa insorgenza di emiplegia facio-brachio-crurale destra e afasia. Una TC cerebrale mostrava un infarto cerebrale in sede fronto-parietale sinistra. Le abilità linguistiche residue sono state valutate a tre giorni dall'insorgenza mediante l'*Esame del Linguaggio al letto del malato*.

Il linguaggio spontaneo era caratterizzato da eloquio non fluente e difficoltà articolatorie; la conversazione era possibile solo con l'aiuto dell'ascoltatore e spesso il paziente non era in grado di trasmettere il messaggio desiderato. Quanto prodotto era mediamente compromesso per la presenza di molte stereotipie, molte anomie e molte parafasie fonemiche. Le frasi erano brevi e per lo più incomplete con frequenti omissioni di parole grammaticali.

Esempio di eloquio spontaneo:

Esaminatore: "Mi racconti che cosa le è successo, come mai è qui?"

Paziente: … Tale, chiacchiae bespa ,...... nulla eh....pennale eh bia eh … no poi eh tonnae, e cacia, bespa gira i cape, gamba, boh! male eh ……

Esaminatore: "e allora?"

Paziente: allora, letto …… mattina

Esaminatore: "e dopo?"

Paziente: eh … bia oppedale, eh … nulla, eh … cocì …

Le prestazioni alla denominazione orale, alla descrizione di una figura complessa e in ripetizione confermavano i disturbi qualitativi emersi nel linguaggio spontaneo. Le risposte del paziente alle prove di scrittura erano migliori di quelle in lettura, mentre le capacità alle prove di linguaggio seriale e di comprensione uditiva erano nei limiti della norma.

Esame del Linguaggio al letto del malato (Allibrio e coll., 2008: Scheda riassuntiva)

Nome: Paziente 1 Data: 06/11/2006

Linguaggio spontaneo	Abilità comunicative	Articolazione e prosodia	Linguaggio automatico	Lessico e semantica	Fonologia	Morfologia e sintassi
	2	3	3	3	3	2

Prove		**Punteggio grezzo**	Percentile	Profilo percentile (0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100)
Serie automatiche	Numeri (1-10)	3/3		
	Giorni	3/3		
	Mesi	3/3		
Punteggio totale		**8/9**	63	
Denominazione orale	Nomi	14/18		
	Verbi	8/18		
Punteggio totale		**22/36**	52	
Descrizione figura complessa		**1,5/13**	41	
Comprensione uditiva	Parole	23/24		
	Frasi	12/12		
Punteggio totale		**35/36**	64	
Ripetizione	Parole	10/12		
	Frasi	5/9		
Punteggio totale		**15/21**	47	
Lettura	Parole	11/18		
	Frasi	4/9		
Punteggio totale		**15/27**	38	
Scrittura	Nome e cognome	2/3		
	Denominazione scritta	10/12		
	Dettato	10/12		
Punteggio totale		**22/27**	67	

Sintesi:

Afasia di Broca con agrammatismo e deficit d'articolazione.

Figura 2 - Scheda riassuntiva dei risultati ottenuti all'Esame del Linguaggio al letto del malato del paziente 1.

Esame del Linguaggio al letto del malato (Allibrio e coll., 2008: Scheda riassuntiva)

Nome: Paziente 2 Data: 08/08/2006

Linguaggio spontaneo	Abilità comunicative	Articolazione e prosodia	Linguaggio automatico	Lessico e semantica	Fonologia	Morfologia e sintassi
	1	5	3	1	2	3

Prove		**Punteggio grezzo**	Percentile
Serie automatiche	Numeri (1-10)	2/3	
	Giorni	1/3	
	Mesi	0/3	
Punteggio totale		**3/9**	13
Denominazione orale	Nomi	2/18	
	Verbi	1/18	
Punteggio totale		**3/36**	16
Descrizione figura complessa		**0,5/13**	28
Comprensione uditiva	Parole	24/24	
	Frasi	11/12	
Punteggio totale		**35/36**	64
Ripetizione	Parole	10/12	
	Frasi	2/9	
Punteggio totale		**12/21**	31
Lettura	Parole	12/18	
	Frasi	5/9	
Punteggio totale		**17/27**	43
Scrittura	Nome e cognome	0/3	
	Denominazione scritta	3/12	
	Dettato	0/12	
Punteggio totale		**3/27**	26

Profilo percentile: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Sintesi:

Afasia di Wernicke con gergo misto ma con buona comprensione orale.

Figura 3 - Scheda riassuntiva dei risultati ottenuti all'Esame del Linguaggio al letto del malato del paziente 2.

La scheda riassuntiva (vedi *Figura 2*) permette di visualizzare i punteggi delle singole prove, i punteggi totali e il profilo percentile ottenuto dal paziente.

CASO CLINICO 2

Una pensionata di 83 anni con 5 anni di scolarità giunge in accettazione dell'Ospedale di X per ipostenia all'arto superiore destro e afasia sensoriale. Una TC cerebrale mostrava un infarto cerebrale parietale sinistro. Le funzioni linguistiche residue sono state valutate nel corso della quarta giornata dall'insorgenza dell'evento ischemico con l'*Esame del Linguaggio al letto del malato.*

L'eloquio era fluente, senza deficit articolatori; la conversazione era gravemente deficitaria; l'ascoltatore doveva dedurre il senso di quanto prodotto tramite domande e spesso indovinare. Il contenuto informativo era compromesso per la presenza di elementi ricorrenti privi di significato, perseverazioni, parafasie semantiche e molti neologismi fonemici (spesso un gergo misto semantico-neologistico). Le frasi erano relativametne brevi, ma si riconosceva la presenza di una struttura sintattica complessa.

Esempio di eloquio spontaneo

Esaminatore: "Mi racconti che cosa le è successo, come mai è qui?"

Paziente: Io sono apprendidade in terra sola, io uova fale acofa lile a cova gallina ......

Esaminatore: e dopo cosa ha fatto?

Paziente: fare gallina…poi ghira fa ghira, ile fale ola ova come galline. Io fare sempre tutti i polli ghilo. Sono sempre a fare tutti ali gali, io scema fare gallo .....

Esaminatore: era sola?

Paziente: Si filio mio era a fare foco, ero a galera fare, lui andò chiria a fare galline per cena, a fare foco.

Le prove di denominazione orale, di descrizione figura complessa e ripetizione confermano i disturbi qualitativi emersi nell'eloquio spontaneo. Nel linguaggio scritto, le prestazioni della paziente alle prove di scrittura erano più compromesse di quelle ai compiti di lettura, mentre le prestazioni alle prove di comprensione uditiva erano ai limiti inferiori della norma.

La scheda riassuntiva qui di seguito riportata permette di visualizzare i punteggi alle singole prove, i punteggi totali e il profilo percentile ottenuto dalla paziente.

Conclusione

Il test Esame del Linguaggio al letto del malato è stato usato in via sperimentale su 50 partecipanti di controllo e 56 pazienti afasici e ne sono stati calcolati i punteggi normativi per un uso diagnostico. Pur nella relativa brevità il test è risultato possedere buone qualità psicometriche per la diagnosi dei deficit afasici permettendo la discriminazione tra partecipanti afasici e partecipanti non afasici e per tipi principali di afasia; e d'altra parte è utilizzabile pure per un primo follow up nel corso della prima settimana dall'insorgenza del deficit afasico prima cioè di avviare il paziente ad una diagnostica più dettagliata tramite batterie più specifiche per la definizione di un piano riabilitativo mirato.

Appendice 1

ELENCO DELLE PROVE DEL TEST:

- *Linguaggio spontaneo* (storia della malattia);
- *Linguaggio seriale* (numeri da 1 a 10, giorni della settimana, mesi dell'anno);
- *Denominazione*

orale di nomi (cavallo, fragola, leone, autobus, martello, cucchiaio);

orale di verbi (mangiare, leggere, dormire, crollare, misurare, gocciolare);

- *Descrizione di figura complessa*
- *Comprensione*

uditiva di parole (penna, matita, cucchiaio, forforchetta, bicchiere, tazza, busta, foglio);

uditiva di frasi (metta la forchetta sotto la busta, metta il cucchiaio nel bicchiere, metta la penna sopra il foglio, metta la matita nella mia tasca);

- *Ripetizione*

di parole (mare, scopa, tavolo, istruzione);

di frasi (il bambino ha fame, Maria ha risciacquato i panni, il capitano dà le consegne ai marinai);

- *Lettura*

di parole (casa, trapano, telefono, colazione, bere, fumare);

lettura frasi (il ragazzo corre, il nonno guarda la televisione, il postino consegna le lettere ogni giorno);

- *Scrittura*

nome e cognome;

denominazione scritta (mano, luna, spiga, castello);
dettato (pane, rana, bosco, cestino)

- *Aprassia bucco-facciale*
- *Aprassia ideomotoria*

Appendice 2

TABELLE DI CONVERSIONE DEI PUNTEGGI GREZZI IN PUNTEGGI PERCENTILI

2A - SERIE AUTOMATICHE

p. grezzi	%ili
0	3
1	7
2	10
3	13
4	18
5	25
6	34
7	46
8	63
9	86

2b - Denominazione

p. grezzi	%ili
0	5
1	12
2	14
3	16
4	18
5	19
6	21
7	23
8	25
9	27
10	29
11	31
12	33
13	35
14	37
15	39
16	41
17	43
18	45
19	47
20	48
21	50
22	52
23	54
24	56
25	59
26	63
27	66
28	70
29	73
30	77
31	80
32	84
33	88
34	91
35	95
36	98

2c - Descrizione di figura complessa

p. grezzi	%ili
0	13
0,5	28
1	33
1,5	41
2	48
2,5	54
3	60
3,5	65
4	71
4,5	74
5	76
5,5	78
6	80
6,5	82
7	86
7,5	90
8	94
8,5	97
9	98
9,5	99
10	100
10,5	100
11	100
11,5	100
12	100
12,5	100
13	100

2d – Comprensione uditiva totale

p. grezzi	%ili
0	1
1	1
2	2
3	2
4	3
5	3
6	4
7	5
8	5
9	6
10	6
11	7
12	7
13	8
14	9
15	9
16	10
17	10
18	12
19	14
20	16
21	19
22	21
23	24
24	26
25	28
26	31
27	33
28	35
29	38
30	40
31	42
32	45
33	47
34	54
35	64
36	85

2e - Ripetizione totale

p. grezzi	%ili
0	3
1	6
2	8
3	10
4	12
5	13
6	15
7	17
8	19
9	21
10	22
11	26
12	31
13	37
14	42
15	47
16	53
17	58
18	64
19	69
20	74
21	88

2f - Lettura ad alta voce totale

p. grezzi	%ili
0	3
1	13
2	15
3	17
4	19
5	21
6	22
7	24
8	26
9	28
10	30
11	31
12	33
13	35
14	37
15	38
16	40
17	43
18	47
19	50
20	54
21	57
22	61
23	64
24	68
25	71
26	80
27	94

2g - Scrittura totale

p. grezzi	%ili
0	12
1	22
2	24
3	26
4	28
5	30
6	31
7	33
8	35
9	37
10	38
11	40
12	42
13	44
14	46
15	49
16	54
17	57
18	60
19	62
20	63
21	65
22	67
23	69
24	71
25	77
26	88
27	97

2h - Aprassia bucco-facciale

p. grezzi	%ili
0	3
1	6
2	7
3	8
4	9
5	10
6	12
7	13
8	15
9	17
10	19
11	21
12	22
13	24
14	29
15	36
16	43
17	50
18	57
19	65
20	85

2i - Aprassia ideomotoria

p. grezzi	%ili
0	1
1	2
2	2
3	3
4	3
5	4
6	4
7	5
8	5
9	6
10	7
11	8
12	9
13	11
14	14
15	18
16	23
17	30
18	69

Riferimenti bibliografici

Allibrio, G., Gori, M.A., Signorini, G., Luzzatti, C. (2008). *Esame del Linguaggio al letto del malato* (ELLM). AUSL-11, Empoli. http://www.usl11.toscana.it/sviluppo/portalenw/pagina_0.php?pag=struttorg|141&nmsg=2

Basso, A., Cubelli, R. (1996). La clinica dell'afasia In G.F. Denes e L. Pizzamiglio (a cura di). *Manuale di Neuropsicologia, Seconda edizione.* Bologna: Zanichelli.

Benton, A.L., Hamsher, K. (1994). *Multilingual Aphasia Examination* (MAE), 3rd Edition. Iowa City: AJA Associates.

Biniek, R. (1993). *Akute Aphasien*. Stuttgart: Thieme.

Ciurli, P., Marangolo, P., Basso, A. (1996) *Esame del Linguaggio-II*. Firenze: Organizzazioni Speciali.

Crary, M.A., Haak, N.J., Malinsky, A.E. (1989). Acute Aphasia Screening Protocol (AASP): Preliminary psychometric evaluation of an acute aphasia screening protocol. *Aphasiology*, 3, 611-618.

De Renzi, E., Faglioni, P. (1996). L'aprassia. In G.F.

Denes e L. Pizzamiglio (a cura di). *Manuale di Neuropsicologia, Seconda edizione.* Bologna: Zanichelli.

De Renzi, E., Pieczuro, A., Vignolo, L.A. (1966). Oral apraxia and aphasia. *Cortex*, 2, 50-73.

Enderby, P.M., Wood, V.A., Wade, O.T., Langton, R., Hewer R. (1987). Frenchey Aphasia Screening Test (FAST): A short simple test for aphasia, appropriate for nonspecialists. *International Journal of Rehabiolitiation Research*, 8, 166-170.

Goodglass, H., Kaplan, E. (1983). *The Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE). Baltimore, MA: Williams & Wilkins Publishers.

Holland, A.L. (1984). *The Communicative Abilities in Daily Living* (CADL). Austin, Texas: Pro-Ed.

Kertesz, A. (1982). *Western Aphasia Battery* (WAB). New York: Grune & Stratton.

Luzzatti, C. (2007). I Disturbi del linguaggio orale: l'afasia. In G. Vallar e C. Papagno (a cura di) *Manuale di Neuropsicologia* Bologna: Il Mulino. [pagine 83-111]

Luzzatti, C., Willmes, K., De Bleser, R. (1996). *Aachener Aphasie Test (AAT) Versione italiana, Seconda edizione.* Firenze: Organizzazioni Speciali.

Miceli, G., Laudanna, A., Burani, C., Capasso, R. (1994). *Batteria per l'Analisi dei Deficit Afasici (BADA).* Roma: CEPSAG.

Paradis, M., Libben, G. (1987). *The Assessment of Bilingual Aphasia.* Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

Ricevuto : 23 luglio 2008
Revisione ricevuta : 28 febbraio 2009

Giornale di Psicologia, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9558
Giornaledipsicologia.it, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9450

Gravità e probabilità nella percezione del rischio: Influenza delle caratteristiche individuali sesso, genitorialità ed expertise

Patrizia VERMIGLI*, Stefano RASCHIELLI**, Emanuela ROSSI*, Antonio ROAZZI***

*Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione del Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma - **Istituto Superiore Protezione Ricerca Ambientale (ISPRA) - ***Universidade Federal de Pernambuco, Brasile

ABSTRACT – *Severity and probability in risk perception: influence of individual characteristics gender, parenting and expertise* - The present paper aims to study adults' risk perception considering two different dimensions which can affect it: the severity of the risk and its probability to occur. It also aims to analyze the variability of this perception as a function both of the situation and of individual differences. A sample of 212 adults (M= 101, F=111) participated in the present study. Factor analysis, in accordance with psychometric approach, provided a representation of risk perception composed of four factors which confirmed the original structure for the three factors with the addition of a new one with respect to the factors emerged in research literature. This fourth factor is related to social risks due to cultural diversity. Results show differences in risk perception both for the two dimensions, severity and probability, and for the situations and individual differences, like gender, age and educational level. In relation to the two dimensions of severity and probability, results show a higher mean in the evaluation of severity perception than in its probability to occur. With reference to the situation, results show that terrifying and unknown risks are perceived as more severe but less probable than risks linked to personal exposure and social diversity. Speaking about individual differences, gender, parenting and expertise, risks perception turned out to be higher in females than in males, in subjects who have children versus who does not and in lay people than in expert ones. KEY WORDS: Risk perception, Severity and probability of occurance, Gender, Parenting, Expertise.

RIASSUNTO – Il presente lavoro ha lo scopo di studiare la percezione del rischio negli adulti tenendo conto di due diverse dimensioni che possono caratterizzarla: la gravità e la probabilità di accadimento, e di analizzarne la variabilità sia in funzione della situazione che in funzione delle differenze individuali. Il campione è costituito da 212 partecipanti adulti (M= 101, F=111). La rappresentazione del rischio ha evidenziato una struttura costituita da 4 fattori, che ha confermato quella originale del paradigma psicometrico per i primi tre fattori con l'aggiunta di un quarto fattore nuovo rispetto a quelli tradizionalmente emersi in letteratura, inerente ai rischi sociali legati alla diversità culturale. In relazione alle due dimensioni della gravità e della probabilità è emerso che per la maggior parte dei rischi la valutazione della gravità presenta una media superiore rispetto a quella della probabilità. In relazione alla situazione è emerso che vengono percepiti come più gravi, ma meno probabili, i rischi dal carattere terrificante e sconosciuto, rispetto a quelli legati ad un'esposizione personale e alla diversità sociale. In relazione alle differenze individuali legate al genere, alla genitorialità e all'expertise è emersa, per specifici eventi rischiosi, una più elevata percezione del rischio da parte delle donne rispetto agli uomini, dei genitori rispetto a chi non ha figli, degli esperti rispetto ai non esperti. PAROLE CHIAVE: Percezione del rischio, Gravità e probabilità di accadimento, Genere, Genitorialità, Expertise.

Introduzione

Negli ultimi decenni è stata attribuita grande importanza allo studio della percezione del rischio per le sue implicazioni in tema di sicurezza e di salute pubblica nonché per i suoi risvolti applicativi in ambito sociale. Numerose sono state le ricerche che hanno indagato il modo in cui l'individuo percepisce il rischio di determinati eventi (per una rassegna si veda Rumiati, Bonfante e Pedon, 1995; Boholm, 1998; Rohrmann, 1999), facendone emergere la complessità che è frutto dell'interazione tra fattori cognitivi, emotivi e sociali.

L'approccio che ha consentito lo studio delle dimensioni soggettive utilizzate dall'individuo nella rappresentazione mentale del rischio è il cosiddetto "paradigma psicometrico" (Fischhoff, Slovic, Lichtenstein, Read e Combs, 1978; Slovic, Fischhoff e Lichtenstein, 1980). Utilizzando tale metodo, i ricercatori hanno chiesto a vari soggetti di classifica-

re alcuni eventi, tecnologie o attività sulla base di determinate dimensioni, quali il grado di novità del rischio, la sua assunzione volontaria, la gravità delle conseguenze, l'osservabilità degli effetti e la probabilità di verificarsi.

I risultati di questi studi hanno consentito a Slovic e collaboratori (1980) di fornire un quadro relativamente omogeneo del modo in cui gli individui si rappresentano il rischio. Le tecniche psicometriche adottate (tipicamente l'analisi fattoriale e lo scaling psicofisico) hanno consentito di tracciare delle mappe cognitive dei rischi (Fischoff et al., 1978 ; Slovic 1987, 1992, 2000 ; Slovic et al. 1980; Vlek e Stallen, 1981; Rumiati e Savadori, 1999), che definiscono una rappresentazione mentale del rischio fondata su due o tre dimensioni in grado di spiegare gran parte della varianza totale.

La categoria maggiormente presa in considerazione nella percezione del rischio è stata quella dei "rischi tecnologici", che ha costituito il tradizionale oggetto di studio dell'analisi statistico-probabilistica conosciuta come "Risk Analysis". In seguito, sono state indagati nuovi tipi di eventi rischiosi (di matrice ambientale, sanitaria ecc.), che hanno permesso di ampliare lo spettro qualitativo del concetto di rischio, introducendo anche situazioni e realtà più legate alla vita quotidiana.

Il primo fattore, denominato "dread risk" (rischio terrificante), fa riferimento ad aspetti riguardanti il potenziale catastrofico dell'evento, la gravità delle conseguenze, la paura e lo scarso controllo personale: tipici esempi di rischio appartenenti a questo fattore sono le armi nucleari, la guerra, le gravi malattie (Slovic e al., 1980; Vlek et al.1981; Rumiati e Savadori, 1999).

Il secondo fattore, denominato "unknown risk" (rischio sconosciuto) è legato al carattere di novità dell'evento rischioso, alla non conoscenza, alla non osservabilità delle conseguenze del rischio stesso, al differimento nel tempo dei possibili effetti dannosi: esempi di questo tipo di rischio sono quelli legati all'uso delle nuove tecnologie o ai cambiamenti ambientali che possono produrre squilibri dagli esiti imprevedibili e sconosciuti (Burns, Slovic, Kasperson, Kasperson, Renn e Emani, 1990).

Questi primi due fattori implicano entrambi la dimensione dell'assenza di controllo e di volontarietà nell'esposizione e questo aumenta la percezione di gravità del rischio.

Il terzo fattore è associato all'ampiezza del rischio, ossia al numero di persone esposte e comprende situazioni che implicano un'esposizione personale all'evento rischioso come, ad esempio, nell' utilizzo di veicoli da trasporto, oppure nel sottoposti ad intervento chirurgico, o nell'uso di bevande alcoliche, ecc. A differenza dei primi due, questo fattore implica la dimensione della volontarietà nell'esposizione e chiama in gioco un processo di valutazione dei costi e dei benefici associati al rischio, in cui questi ultimi prevalgono sui costi. Tali processi hanno l'effetto di ridurre l'entità della percezione del rischio, come evidenziato dalle ricerche paradigmatiche di Starr sull'argomento (1969). Questo terzo fattore spiega una percentuale di varianza minore rispetto ai primi due ed è emerso soltanto in alcune ricerche (Slovic, Fischhoff e Lichtenstein, 1985; Mullet, Duquesnoy, Raiff, Fahrasmane e Namur, 1993; Bronfman e Cifuentes, 2003; Martinez-Arias e Prades, 2004).

Diversi studi hanno ritenuto opportuno far riferimento sia alla gravità che alla probabilità di accadimento come principali criteri di valutazione del rischio (Martinez-Arias, 2000; Arranz, Macias, Prades, Martinez-Arias e Sola, 2000; Martinez-Arias e Prades, 2004) e i risultati hanno evidenziato che, per la maggior parte degli eventi rischiosi, la stima della gravità è maggiore di quella della probabilità. Questi due parametri, sembra siano riconducibili a due modalità diverse di elaborare l'informazione: una modalità emozionale che emerge maggiormente quando si chiede di valutare la gravità degli eventi rischiosi e una modalità cognitivo-razionale prevalentemente deputata alla stima di probabilità di accadimento degli stessi eventi (Slovic e Weber Elke, 2002).

Ad un'analisi più approfondita tuttavia tale dicotomia appare meno netta, infatti sebbene, in teoria, la valutazione della gravità dovrebbe implicare una maggiore quota di soggettività rispetto alla probabilità (potenzialmente più oggettiva trattandosi di un dato statistico), in realtà anche quest'ultima sembra risentire fortemente della componente soggettiva di valutazione specialmente nel caso in cui l'individuo, nel valutare la probabilità di un determinato evento rischioso, non ha a disposizione dei dati statistici di riferimento chiari. In assenza di informazioni specifiche, infatti, è facile che il processo di valutazione del rischio venga alterato da errori di giudizio. In particolare, Slovic, Fischhoff e Lichtenstein, (1979) hanno dimostrato che nel valutare i rischi, in assenza di competenze specifiche, le persone ricorrono a delle scorciatoie mentali, le cosiddette "euristiche", che consistono in un ragionamento informale e intuitivo, volto a gestire un problema eccessivamente complesso o mal definito. Le euristiche, pur risultando utili nelle situazioni di carenza di informazioni, perché facilitano il processo di

elaborazione dell'informazione, possono indurre a rilevanti distorsioni valutative.

Una delle euristiche più utilizzate per stimare la probabilità di accadimento di un evento rischioso, è quella della "disponibilità": poiché solitamente gli eventi si ricordano in base alla frequenza con la quale avvengono, la disponibilità alla memoria di un certo evento viene ritenuta un indicatore della sua frequenza di accadimento, per cui quanto più un evento è disponibile alla memoria tanto più viene ritenuto probabile. Tuttavia, il ricordo di un evento è influenzato non solo dalla frequenza effettiva con cui esso si verifica, ma anche da tutta una serie di altri fattori come, ad esempio, il recente accadimento, l'impatto emotivo o il risalto dato all'evento da parte dei media. Per cui l'utilizzo dell'euristica della disponibilità può costituire un'importante fonte di distorsione delle stime e condurre a sovrastimare la probabilità di alcuni eventi rischiosi piuttosto rari, ma a elevato impatto mediatico, come nel caso della BSE (morbo della mucca pazza) o dell'AIDS, e a sottostimarne altri più ricorrenti e al cui accadimento siamo maggiormente abituati, come gli incidenti stradali e le malattie cardiovascolari (Van der Velde, Van der Pligt e Hooijkaas,1994; Kasperson, Renn, Slovic, Brown, Emel, Goble, Kasperson e Ratick, 1988).

Un'ulteriore fonte di distorsione della valutazione del rischio è rappresentata dal cosiddetto "bias ottimistico", ossia la tendenza a sottostimare la probabilità personale di incorrere in un evento negativo. Come sostengono Savadori e Rumiati, (2005, pag. 73) questa distorsione è il prodotto dell'ottica con cui osserviamo il mondo: "…la prospettiva ego-centrata [..] enfatizza la probabilità che un qualcosa possa accadere ad un altro e minimizza la probabilità che possa accadere a noi". Questo discorso ha delle importanti implicazioni per quanto riguarda la questione del "target" a cui è riferita la valutazione del rischio. Sia negli studi condotti da Sjoberg (2000) che in quelli successivi di Hermand e collaboratori (Hermand, Karsenty, Huillet, Chauvin, Simeone, Munoz Sastre e Mullet, 2003), sono stati presi in considerazione tre tipi di "target" in relazione al quale considerare il rischio: la persona, il proprio Paese e il mondo. I risultati hanno mostrato una percezione più alta del rischio quando essa si riferisce al mondo piuttosto che al proprio Paese e al proprio Paese rispetto al rischio personale, confermando l'effetto del bias ottimistico (Klein e Weinstein, 1997).

Abbiamo fin qui considerato il primo ordine di fattori che determinano parte della variabilità nella percezione del rischio e che fa riferimento sia alle dimensioni valutative (gravità e probabilità di accadimento) sia alla componente situazionale presa in considerazione, ma esiste un secondo ordine di fattori legato alle differenze individuali. Anche in questo caso si parte dalle differenze demografiche a quelle più complesse legate alla personalità di ogni individuo. Gli studi sulla percezione del rischio solitamente ne hanno considerato l'aspetto di variabilità in funzione dell'uno o dell'altro fattore, mentre in realtà i due aspetti vanno considerati in modo integrato. Infatti, come fanno notare Rumiati e colleghi (1995), un approccio completo allo studio della variabilità nella percezione del rischio dovrebbe tener conto contemporaneamente di queste due fonti di variabilità.

Per quanto riguarda le differenze legate al genere, le ricerche evidenziano che gli uomini e le donne percepiscono lo stesso rischio in modo differente, con le donne che tendono a valutare i rischi in modo più severo rispetto agli uomini, esprimendo una maggiore preoccupazione (Viscusi,1991; Flynn, Slovic e Mertz,1994; Slovic, 2000), in particolare in relazione ai rischi legati alla salute e all'ambiente (Davidson e Freudenberg, 1996; Brown e Cotton, 2003; Lundborg e Lindgre, 2004; Lundborg e Andersson, 2006) e quelli legati alle nuove tecnologie, verso le quali le donne mostrano una maggiore diffidenza (Davdson et al., 1996), questo si traduce in differenze a livello qualitativo (a seconda cioè del tipo di rischio) oltre che quantitativo (Bronfman e Cifuentes, 2003).

Un'altra variabile che può influenzare la percezione del rischio è l'essere o meno genitore. La presenza, infatti, di una relazione affettiva molto stretta potrebbe indurre i genitori a sovrastimare la probabilità di accadimento dell'evento rischioso, attivando uno stato d'animo dominato dalla paura o dalla preoccupazione che altera la percezione del rischio. Come afferma Slovic (2000, pag. 31) il rischio percepito dipende dal "pensiero intuitivo ed esperienziale governato dai processi affettivo-emozionali".

Per i rischi di natura scientifico-tecnologica, una notevole differenza si riscontra tra la gente comune e i cosiddetti "esperti", persone, questi ultimi, che hanno conoscenze tecniche che li portano ad una valutazione della gravità e della probabilità del rischio più aderente alla realtà rispetto a coloro che non posseggono tali specializzazioni (lay people). Ciò risulta, però, soprattutto per i rischi di natura scientifico-tecnologica, perché in altri ambiti tale differenza non emerge dando credito all'ipotesi che essa dipenda dal tipo di rischio che si va ad analizzare (Kletz, 1996). In una ricerca sui rifiuti nucleari

condotta su un campione di 1011 tra scienziati ed ingegneri sono state trovate differenze significative nei giudizi espressi tra gruppi di scienziati nei diversi campi del sapere e oltre a ciò le loro diverse percezioni del rischio erano strettamente correlate con il tipo di istituzioni nelle quali lavoravano (Barke e Jenkins-Smith, 1993). Va tenuto conto, inoltre, che gli stessi esperti non sempre concordano sul "risk assessment" e che sono soggetti anch'essi a possibili fonti di distorsione (Rowe e Wright., 2001).

Obiettivi e Ipotesi della ricerca

La nostra ricerca ha inteso dare un contributo alla conoscenza della percezione del rischio che apportasse elementi innovativi legati all'analisi integrata della variabilità della percezione del rischio a livello di dimensioni, di situazioni e di differenze individuali.

In particolare ci siamo posti l'obiettivo di studiare la variabilità nella valutazione del rischio:

- in relazione alle dimensioni, analizzando la differenza tra la gravità e la probabilità;
- in relazione alla situazione, includendo nella lista dei rischi considerati, accanto a quelli tradizionali, situazioni nuove come quelle legate a fenomeni sociali emergenti nell'attuale contesto italiano (ad esempio la flessibilità del lavoro) o quelle legate alla multietnicità, al multiculturalismo e più in generale alla relazione con il "diverso";
- in relazione alle differenze individuali, in particolare facendo riferimento al genere, alla genitorialità, e all'"expertise".

Avanziamo l' ipotesi che esista una variabilità della percezione del rischio in relazione alle 3 diverse fonti analizzate. In particolare, rispetto alle due dimensioni considerate ci aspettiamo che la valutazione della gravità sia maggiore di quella della probabilità. In relazione alla situazione, che i rischi dal carattere terrificante e sconosciuto siano percepiti come più gravi e meno probabili rispetto a quelli legati ad un'esposizione personale. Infine, per quanto riguarda le differenze individuali legate al genere, alla genitorialità, e all'"expertise", ci aspettiamo una valutazione dell'entità del rischio maggiore da parte delle femmine rispetto ai maschi, dei genitori rispetto a coloro che non hanno figli, dei non esperti rispetto agli esperti.

Metodo

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

Il campione è costituito da 212 partecipanti adulti, residenti nel Lazio, di cui 101 maschi e 111 femmine, di cui 97 esperti (45,8%), di età compresa tra i 20 e i 66 anni (età media 40,7), con livello di istruzione così rappresentato: 8 con licenza media (3,8%), 88 con diploma di scuola superiore (42,1%) e 113 con laurea (54,1%). Il campione di esperti è formato da coloro che, oltre a possedere una laurea scientifica svolgono anche un lavoro nell'ambito della ricerca scientifico-tecnologica. Abbiamo ritenuto che, per la loro particolare professione e per le conoscenze tecnico-scientifiche possedute, i ricercatori e le figure professionali ad essi assimilate, meglio rispondono alla definizione di "esperti" (Jungermann, Pfister e Fisher, 1996). Il gruppo dei non esperti è invece composto da individui con diverse qualifiche professionali (impiegati, casalinghe, pensionati, studenti). Un'altra caratteristica presa in considerazione è la genitorialità, in relazione alla quale il campione è risultato suddiviso in 108 partecipanti con figli (50,9%) e 102 senza figli (48,1%).

STRUMENTI D'INDAGINE

Per la misura della percezione del rischio abbiamo utilizzato un questionario, costruito appositamente, composto da 56 item, la maggior parte dei quali tratti dalla letteratura nazionale e internazionale, a cui ne sono stati aggiunti altri rappresentanti delle nuove tipologie di rischio percepito nell'attuale contesto italiano in riferimento alle situazioni legate alla multiculturalità e ai fenomeni dell'immigrazione (indagini Censis 2003 e 2004), nonchè ai cambiamenti sociali in atto nel mondo del lavoro (flessibilità e riforma delle pensioni). Inoltre è stata utilizzata una scheda informativa per la rilevazione di alcune caratteristiche socio-demografiche di base, quali l'età, il genere, il titolo di studio, la professione, utili ai fini dello studio delle differenze individuali nella percezione del rischio.

PROCEDURA

È stato chiesto ai partecipanti di esprimere in relazione a ciascun evento rischioso una valutazione separata in termini di gravità e di probabilità di accadimento, attribuendo un punteggio su una scala Likert a 4 punti con i seguenti valori: 1-per nulla, 2-poco, 3-molto, 4-moltissimo. Per la definizione del "target" abbiamo scelto di riferirci al rischio in generale, pertanto la domanda è stata posta nei

seguenti termini: per quanto riguarda la gravità, "Quanto ritiene grave, in generale, il rischio connesso a questo evento?"; per quanto riguarda la probabilità, "Quanto ritiene probabile, in generale, il rischio connesso a questo evento?".

Allo scopo di verificare la comprensione degli item proposti è stata condotta un'indagine preliminare somministrando il questionario ad un campione ridotto di individui.

Per ridurre gli errori sistematici dovuti all'effetto dell'ordine di presentazione degli item si è proceduto a variarlo in modo random. Il questionario è stato somministrato singolarmente o nella sede di lavoro o a casa dei partecipanti che sono stati scelti in modo casuale unicamente sulla base della disponibilità a partecipare alla ricerca.Tutti i partecipanti allo studio hanno fornito il loro consenso informato a prendere parte ad esso e hanno ricevuto la garanzia di tutela della privacy.

ANALISI

Al fine di evidenziare le differenze tra le due dimensioni di gravità e probabilità implicate nella valutazione del rischio, sono state confrontate (sia a livello di singoli item che successivamente di fattori) le medie relative a queste due dimensioni, attraverso il t-test per campioni appaiati.

Per l'identificazione delle dimensioni sottostanti alla rappresentazione del rischio è stata utilizzata la tecnica dell'analisi fattoriale. Dopo una prima analisi esplorativa, condotta con il metodo delle componenti principali, che ha evidenziato un numero di 4 fattori da estrarre, scelto mediante lo scree-test, si è proceduto ad una successiva analisi fattoriale utilizzando il metodo di estrazione del fattore principale con rotazione ortogonale Varimax basata sull'ipotesi di indipendenza dei fattori (avendone escluso la correlazione attraverso una preliminare analisi Oblimin). E' stata scelta la soglia di saturazione di .40.

Sono state effettuate due analisi fattoriali separate, una relativa alla gravità e una relativa alla probabilità che hanno mostrato una consistente similitudine nella composizione qualitativa dei fattori, senza essere tuttavia completamente coincidenti e sovrapponibili. Per questo motivo è stata proposta una soluzione di sintesi tra le due diverse analisi, rappresentata da una configurazione costituita dall'area comune a entrambe le matrici, selezionando, per ciascun fattore, quell'insieme di item presenti sia nell'una che nell'altra.

L'omogeneità dei fattori è stata valutata mediante il calcolo del coefficiente alfa di Cronbach. Inoltre, allo scopo di valutare la possibile presenza di item non omogenei rispetto agli altri, è stata calcolata per ciascun item la correlazione item-totale (corretta con l'esclusione dal computo dell'item in esame) ed il valore dell'alfa di Cronbach che si sarebbe ottenuto omettendo l'item dalla scala.

Per quanto riguarda le differenze individuali nella valutazione del rischio legate al genere, alla genitorialità e all'expertise è stato utilizzato il test non parametrico Kruskal Wallis.

Risultati

ANALISI DESCRITTIVA A LIVELLO DI SINGOLI ITEM: DIFFERENZA TRA LE DIMENSIONI E TRA LE SITUAZIONI

Il confronto tra le medie dei vari item ha evidenziato, per la maggior parte di essi, una differenza significativa tra le valutazioni della gravità e della probabilità di accadimento dell'evento rischioso (Tab. 1), offrendo quindi fondamento alla scelta di considerare separatamente queste due dimensioni nello studio della percezione del rischio.

In accordo con i risultati emersi in letteratura generalmente risultano più elevati i punteggi relativi alla gravità rispetto a quelli della probabilità del rischio, anche se per alcuni item si osserva la tendenza opposta, come nel caso dei rischi riguardanti l'ambito sociale e l'utilizzo di mezzi di trasporto, elettrodomestici e tecnologie d'uso comune.

La differenza nella percezione del rischio in relazione alle diverse situazioni è evidenziata dalla graduatoria dei vari tipi di rischio, sia dal punto di vista della gravità che della probabilità, che rivela in taluni casi delle accentuate distorsioni rispetto al dato reale. Ad esempio, il rischio legato all'uso di alcool, benchè rappresenti una delle principali cause di morte nel nostro Paese (Savadori e Rumiati, 2005), nel nostro campione risulta sottostimato rispetto ad altri rischi come l'AIDS e l'incidente in una centrale nucleare, che nella realtà hanno un impatto molto più limitato, sia dal punto di vista della mortalità (gravità) che della loro incidenza (probabilità di accadimento).

Una considerazione analoga può essere fatta riguardo all'utilizzo di elettrodomestici che, sebbene dalle statistiche ufficiali risulti essere fonte di incidenti gravi e molto frequenti, nel nostro campione presenta invece valutazioni di rischio molto basse rispetto agli altri item, sia sul piano della gravità (52° posto) che della probabilità (51° posto).

Tabella 1. Confronto tra le medie degli item di Gravità e Probabilità (Test t per campioni appaiati)

Item	Gravità			Probabilità			t
	G.	M.	DS	G.	M.	DS	
1- Disturbi del comportamento alimentare	22	3,0	,8	37	2,3	1,0	9,6***
2-Inserimento nel mondo del lavoro di persone con cultura e religione diversa dalla propria	55	1,2	,6	55	1,4	,7	-5,0***
3-Maltrattamenti e abusi su minori	1	3,7	,6	7	2,8	1,0	13,5***
4-Uso del telefono cellulare	49	1,7	,7	48	1,9	,9	-3,8***
5-Incidente in un'industria petrolifera	12	3,3	,8	21	2,6	1,0	11,1***
6-Utilizzo di elettrodomestici	52	1,5	,7	51	1,7	,8	-3,2***
7-(Micro)criminalità urbana	27	2,9	,8	18	2,7	,8	4,0***
8-Atti terroristici	6	3,5	,8	19	2,6	1,1	11,9***
9-Assunzione di farmaci	40	2,5	,8	38	2,3	,9	3,5***
10-Cancro	5	3,6	,6	1	3,1	,8	7,5***
11-Terremoti	18	3,2	,8	32	2,4	1,0	11,4***
12-Instabilità finanziaria dei mercati	38	2,6	,8	26	2,5	,8	1,8 (n.s.)
13-Dissesti idrogeologici	19	3,2	,7	16	2,9	,9	7,8***
14-Inefficienza soccorso medico	10	3,3	,7	12	2,8	,9	9,5***
15-Manifestazioni di piazza	51	1,5	,6	52	1,7	,8	-3,1**
16-SARS (polmonite atipica)	24	2,9	1,0	41	2,1	1,1	11,3***
17-Armi nucleari	7	3,5	,8	20	2,6	1,2	11,9***
18-Uso di droghe	16	3,2	,9	4	2,9	1,0	5,1***
19-Incidente ferroviario	30	2,8	,9	47	1,9	,9	12,9***
20-Utilizzo di pesticidi e fertilizzanti chimici in agricoltura	25	2,9	,8	15	2,7	,8	3,3***
21-Uso di bevande alcoliche	42	2,3	,8	36	2,3	,9	-,6 (n.s.)
22-Guerra	2	3,79	,6	8	2,8	1,1	12,1***
23-BSE (morbo della mucca pazza)	32	2,86	1,0	46	2.0	1,0	11,5***
24-Incidente in una centrale nucleare	4	3,6	,8	22	2,5	1,2	12,8***
25-Inquinamento atmosferico	17	3,2	, 7	2	3,1	,7	1,5 (n.s.)
26-Flessibilità del lavoro	46	2,0	1,0	40	2,1	1,1	-3,0**
27-Diversità (culturale, religiosa, sessuale)	56	1,2	,4	53	1,5	,8	-6,1***
28-Intervento chirurgico	44	2,1	,7	42	2,4	,8	,3 (n.s.)
29-Mafia (criminalità organizzata)	11	3,3	,8	11	2,8	1,0	8,7***
30-Cambiamenti climatici	23	3,0	,8	17	2,7	,9	6,1***
31-Elettrosmog	31	2,8	,9	23	2,5	,9	4,7***
32-AIDS	9	3,4	,8	14	2,7	1,1	9,9***
33-Uso di biotecnologie (OGM) nell'agricoltura	35	2,7	,9	30	2,5	,9	4,1***
34-Disastri ambientali	8	3,4	,78	6	2,8	,8	10,8***
35-Riforma delle pensioni (innalzamento età pensionabile)	41	2,5	1,0	27	2,5	1,0	-,1 (n.s.)
36-Viaggiare in aereo	50	1,6	,8	50	1,7	,8	-2,32*
37-Presenza di radon (gas radioattivo) nelle abitazioni	37	2,6	1,0	44	2,0	1,0	9,0***
38-Assunzione di psicofarmaci	36	2,7	,8	35	2,3	,9	4,9***
39-Malattie cardio-vascolari	20	3,1	,7	9	2,8	,8	5,1***
40-Alpinismo	48	1, 7	,8	49	1,7	,8	-1,6 (n.s.)
41-Manipolazioni genetiche	26	2, 9	,9	33	2,4	1,0	7,3***
42-Carenza strutture sanitarie/ospedaliere	14	3,3	,7	10	2,8	,9	8,4***
43-Epidemie virali o batteriche	33	2,7	,8	29	2,5	,9	3,8***
44-Gravi incidenti stradali	15	3,2	,7	13	2,8	,9	7,8***
45-Additivi nel cibo	39	2,6	,8	24	2,5	,9	,5 (n.s.)
46-Andare in automobile	47	1,8	,8	39	2,2	,9	-7,4***
47-Depressione	29	2,8	,8	25	2,5	,9	6,0***
48-Incidente in un'industria chimica	13	3,3	,7	28	2,5	1,0	11,4***
49-Inserimento nelle scuole di bambini con cultura e religione diverse dalla propria	54	1,2	,5	56	1,4	,7	-4,0***
50-Fumo di sigarette (sia attivo che passivo)	21	3,06	,8	3	3,0	,9	1,0 (n.s.)
51-Pedofilia	3	3,69	,7	5	2,9	1,1	11,2***
52-Andare in bicicletta	53	1,29	,5	54	1,5	,7	-4, 6***
53-Incidenti sul lavoro	28	2,87	,8	34	2,4	,9	8,2***
54-Incidente in una centrale elettrica	34	2,71	,9	43	2,0	,9	10,7***
55-Trasfusioni di sangue	45	2,04	,9	45	2,0	,9	,8 (n.s.)
56-Andare in moto, motorino	43	2,11	,9	31	2,4	,9	-5,7***

Legenda: G=Graduatoria; M= Media; DS= Deviazione Standard;

*significatività per $p \leq .05$; ** significatività per $p \leq .01$; *** significatività per $p \leq .001$; n.s. non significativo

ANALISI FATTORIALE

Validità fattoriale

Le due matrici fattoriali ottenute in riferimento alla gravità e alla probabilità mostrano una sostanziale analogia a livello qualitativo nella composizione dei fattori.

I quattro fattori estratti rendono conto del 40% della varianza totale per la gravità e del 43% per la probabilità. La soluzione fattoriale, chiaramente interpretabile e rispondente al criterio della "struttura semplice", avendo solo pochi item bifattoriali, è mostrata in dettaglio nelle Tabelle 2 e 3, in cui gli item appaiono raggruppati in base ai rispettivi fattori di appartenenza, escludendo quelli con valori inferiori alla soglia di saturazione di .40 perchè meno rappresentativi.

La maggior parte degli item sono risultati ben definiti dalla soluzione fattoriale, come evidenziato da valori delle comunalità mediamente elevati.

I fattori risultano avere una notevole omogeneità interna, come mostrato dagli elevati valori del coefficiente alfa di Cronbach e dal calcolo di ulteriori indici che escludono la presenza di item non omogenei rispetto agli altri (correlazione item-totale corretta con l'esclusione dal computo dell'item in esame e valore dell'alfa di Cronbach ottenuto omettendo l'item dalla scala).

L'omogeneità interna risulta soddisfacente per tutti e quattro i fattori, con valori del coefficiente alfa di Cronbach più elevati per i primi due fattori e progressivamente più bassi per il terzo e il quarto fattore.

Descrizione qualitativa dei fattori

Poiché le configurazioni fattoriali della gravità e della probabilità mostrano una struttura simile, con delle differenze che non alterano sostanzialmente il significato e la struttura dei fattori da un punto di vista qualitativo, ne verrà data una descrizione comune.

Il primo fattore coincide con quello denominato in letteratura come "Rischio Terrificante", essendo rappresentato da un insieme di eventi caratterizzati dalla elevata gravità delle conseguenze, dal potenziale catastrofico fatale e incontrollabile e dall'essere indipendenti dalla volontà e dal controllo del singolo individuo. Esso risulta composto da item che riguardano prevalentemente l'area della salute e della sicurezza sociale (AIDS, cancro e altre gravi malattie; guerra, terrorismo, mafia, pedofilia, ecc.)

Il secondo fattore, corrisponde a quello denominato in letteratura come "Rischio Sconosciuto", facendo riferimento ad eventi il cui denominatore comune è rappresentato dal carattere di novità, dalla non conoscenza delle conseguenze in quanto i possibili effetti dannosi sono differiti a lungo termine, oltre che, come per il primo fattore, dall'esposizione involontaria al rischio. Tale fattore risulta costituito da eventi che possono compromettere un determinato equilibrio sia a livello ambientale (inquinamento, cambiamenti climatici, disastri ambientali, ecc.) che sociale (instabilità finanziaria dei mercati, riforma delle pensioni) o legati allo sviluppo di nuove tecnologie (bioteconologie, elettrosmog).

Il terzo fattore, che è stato da noi denominato "Rischio da esposizione personale", è riconducibile solo in parte a quella tipologia di rischio definita in letteratura come "numero di persone esposte" in quanto l'aspetto della numerosità delle persone coinvolte riguarda solo alcuni item mentre le altre situazioni considerate si riferiscono al grado di esposizione effettiva in prima persona, e alle conseguenze sul piano personale. Gli item che costituiscono questo fattore fanno riferimento a comportamenti legati alla quotidianità, caratterizzati perlopiù dall'esposizione volontaria al rischio e da una valutazione in termini di costi/benefici in cui i primi prevalgono nettamente sui secondi (andare in bicicletta, in moto, in auto).

Il quarto fattore è stato da noi denominato "Rischio Diversità" relativo alla sfera sociale, in quanto riferito alla potenziale fonte di rischio rappresentata dall'interazione tra persone di cultura differente. Si tratta di un fattore nuovo rispetto a quelli individuati in letteratura, che riguarda situazioni molto diffuse nell'attuale contesto italiano.

Analisi della variabilità nella percezione del rischio

Le due configurazioni fattoriali, pur mostrando una sostanziale analogia dal punto di vista qualitativo, non sono perfettamente coincidenti, pertanto non sono direttamente confrontabili.

A tale scopo si è reso necessario elaborare una soluzione di sintesi delle due diverse analisi fattoriali, selezionando per ciascun fattore gli item comuni a entrambe le matrici. Sulla base di questa area comune, la percezione del rischio è stata analizzata in modo integrato in relazione a 3 fonti di variabilità: dimensionale, situazionale e individuale. Sono state analizzate dapprima le differenze tra le situa-

zioni (prima a livello di singoli item e poi di fattori) sia dal punto di vista della gravità che della probabilità, ponendo a confronto queste due dimensioni. Successivamente sono state analizzate le differenze individuali nella valutazione del rischio relativo alle varie situazioni, in relazione alle variabili: genere, genitorialità, ed expertise.

Variabilità nella percezione del rischio in funzione delle due diverse dimensioni: gravità e probabilità

Nella tab. 1 emergono le differenze a livello di singoli item: la maggioranza di essi presenta punteggi più elevati nella dimensione gravità piuttosto che in quella della probabilità ma è a livello di fattori (tab. n.4) che appaiono maggiormente le differenze mettendo in contrapposizione i primi due fattori rispetto al terzo ed al quarto.Come si può notare, infatti, i risultati mostrano chiaramente, nel caso dei primi due fattori, una più elevata stima del rischio in relazione alla dimensione della gravità che non alla probabilità di accadimento mentre si registra l'andamento opposto per il terzo e il quarto fattore.

E' un risultato comprensibile visto che, per quanto riguarda il primo e secondo fattore, si tratta di rischi le cui conseguenze possono essere anche letali ma soprattutto sono eventi che sfuggono al controllo dell'individuo e questo li rende ancor più pericolosi. Il terzo e quarto fattore presentano livelli di gravità più bassi, sia per effetto della volontarietà nell'esposizione al rischio, sia per il riferimento a situazioni che non hanno carattere catastrofico. Nel terzo fattore poi esiste un effetto di riduzione del livello di gravità grazie ad un altro elemento che è rappresentato dalla valutazione costi/benefici, con netta prevalenza di questi ultimi: vale la pena correre qualche rischio pur di poter godere di certe comodità. Infine il livello particolarmente basso di gravità attribuita al quarto fattore ne riflette la peculiare natura a carattere psicologico-relazionale piuttosto che di reale minaccia sul piano dell'incolumità fisica. Per quanto riguarda la dimensione probabilità si può notare che vengono valutati più probabili gli eventi che si riferiscono ai primi due fattori rispetto al terzo e quarto e questo non riflette la situazione reale. La probabilità, infatti, anche se dovrebbe basarsi su dati oggettivi è sovente soggetta a distorsioni, soprattutto nelle stime delle persone comuni che non dispongono di dati di riferimento precisi e quindi si basano su ciò che hanno a disposizione come la risonanza mediatica di certi avvenimenti o il fatto che siano accaduti di recente eventi simili a quelli descritti nel questionario. Questi risultati mostrano quanto sia diversa la percezione del rischio a seconda che si prenda in considerazione la gravità delle conseguenze oppure la probabilità che l'evento si verifichi e confermano pertanto la necessità di proporre le due domande separatamente in modo da ottenere delle risposte che non lascino dubbi sulla loro interpretazione. Da questi risultati emerge un'ulteriore considerazione, osservando le deviazioni standard si può notare che i punteggi ottenuti sono più alti nella dimensione della probabilità rispetto alla dimensione gravità e questo rappresenta un'ulteriore dimostrazione della maggiore quota di soggettività implicata nella valutazione della probabilità sia per effetto delle distorsioni cognitive descritte in precedenza sia per effetto delle esperienze personali. Anche per questa ragione si ritiene necessario andare a verificare quali altre variabili possano indurre ad una diversa percezione del rischio.

Variabilità nella percezione del rischio in funzione delle differenze individuali

Differenze legate al genere - Le differenze di genere (Kruskal-Wallis) (tab. 5) mostrano una significativa differenza nel modo di percepire il rischio tra uomini e donne. In particolare, a conferma di quanto emerso in letteratura e ampiamente descritto nell'introduzione, le donne considerano più gravi e più probabili gli eventi compresi nel primo fattore (Rischio terrificante) e nel secondo fattore (Rischio sconosciuto), mentre non ci sono differenze tra i due sessi per quanto riguarda il terzo fattore (esposizione personale) ed il quarto (Rischio diversità).

Differenze legate all'età e alla genitorialità - Il gruppo dei genitori considera più grave il rischio associato al fattore 3, "Rischio Esposizione Personale" rispetto ai non genitori. Risultati simili sono emersi per quanto riguarda la probabilità, indice di una maggiore preoccupazione delle persone con figli in relazione a taluni comportamenti che compongono tale fattore, come i pericoli legati alla guida di auto, moto, motorini. Per quanto riguarda gli altri fattori non emergono differenze significative.

Differenze in relazione all'expertise - I risultati mostrano che gli esperti hanno giudicato significativamente meno gravi e meno probabili i rischi associati al fattore "Rischio Terrificante" e "Rischio Sconosciuto" sia nel caso della gravità che della probabilità.

Nel terzo fattore, "Rischio Esposizione Personal", la variabile expertise non produce differenze significative né sul piano della gravità né su quello della probabilità. In relazione al quarto fattore,

"Rischio Diversità", emerge una differenza significativa soltanto per quanto riguarda la probabilità del rischio, con una valutazione inferiore da parte degli esperti rispetto ai non esperti.

Tabella 2. Struttura fattoriale della valutazione della gravità del rischio

Item (numero e contenuto)	Fattori I	II	III	IV	
G8 Atti terroristici	,80				
G51 Pedofilia	,72				
G3 Maltrattamenti e abusi su minori	,69				
G17 Armi nucleari	,69				
G22 Guerra	,69				
G32 AIDS	,68				
G16 SARS (polmonite atipica)	,68				
G11 Terremoti	,67				
G23 BSE (morbo della mucca pazza)	,65	,32			
G19 Incidente ferroviario	,60				
G24 Incidente in una centrale nucleare	,59				
G29 Mafia (criminalità organizzata)	,58				
G10 Cancro	,57				
G18 Uso di droghe	,54				
G14 Inefficienza soccorso medico	,54	,31			
G42 Carenza strutture sanitarie/ospedaliere	,52	,43			
G39 Malattie cardio-vascolari	,52		,30		
G1 Disturbi del comportamento alimentare	,51				
G13 Dissesti idrogeologici	,49	,41			
G44 Gravi incidenti stradali	,45		,32		
G7 (Micro)criminalità urbana	,45				
G20 Utilizzo di pesticidi e fertilizzanti chimici in agricoltura		,68			
G33 Uso di biotecnologie (OGM) nell'agricoltura		,68			
G31 Elettrosmog		,65			
G45 Additivi nel cibo		,61			
G25 Inquinamento atmosferico		,60			
G30 Cambiamenti climatici		,60			
G34 Disastri ambientali	,35	,60			
G37 Presenza di radon (gas radioattivo) nelle abitazioni	,46	,55			
G5 Incidente in un'industria petrolifera	,39	,51			
G41 manipolazioni genetiche		,50			
G12 Instabilità finanziaria dei mercati		,47			
G9 Assunzione di farmaci	,35	,46	,33		
G48 Incidente in un'industria chimica	,40	,45			
G54 Incidente in una centrale elettrica	,44	,45			
G35 Riforma delle pensioni (innalzamento età pensionabile)		,44			
G53 Incidenti sul lavoro		,39			
G4 Uso del telefono cellulare		,37			
G38 Assunzione di psicofarmaci		,34	,32		
G43 Epidemie virali o batteriche					
G26 Flessibilità del lavoro					
G56 Andare in moto, motorino			,70		
G46 Andare in automobile			,69		
G55 Trasfusioni di sangue			,56		
G52 Andare in bicicletta			,56		
G28 Intervento chirurgico			,51		
G36 Viaggiare in aereo			,46		
G6 Utilizzo di elettrodomestici			,45		
G21 Uso di bevande alcoliche			,45		
G40 Alpinismo			,44		
G47 Depressione	,39		,41		
G50 Fumo di sigarette (sia attivo che passivo)			,40		
G15 Manifestazioni di piazza			,36		
G2 Inserimento nel lavoro di persone con cultura e religione diversa dalla propria			,35	,61	
G27 Diversità (culturale, religiosa, sessuale)			,34	,51	
G49 Inserimento nelle scuole di bambini con cultura e religione diverse dalla propria			,35	,46	
Percentuale di varianza spiegata (dopo la rotazione)	17,2	11,6	8,1	2,9	39.8
Alfa di Cronbach dei punteggi fattoriali di gravità	**.93**	**.90**	**.82**	**.75**	
Media	3,3	2,8	2,0	1,2	
Deviazione standard	,5	,5	,4	,4	

Tabella 3. Struttura fattoriale della valutazione della probabilità del rischio

Item (numero e contenuto)	Fattori				
	I	II	III	IV	
P16 SARS (polmonite atipica)	,80				
P17 Armi nucleari	,78				
P8 Atti terroristici	,77				
P51 Pedofilia	,76				
P22 Guerra	,75				
P32 AIDS	,75				
P24 Incidente in una centrale nucleare	,73				
P23 BSE (morbo della mucca pazza)	,71				
P5 Incidente in un'industria petrolifera	,70	,32			
P3 Maltrattamenti e abusi su minori	,68				
P11 Terremoti	,66				
P19 Incidente ferroviario	,64				
P18 Uso di droghe	,63				
P48 Incidente in un'industria chimica	,63	,35			
P10 Cancro	,62				
P54 Incidente in una centrale elettrica	,61				
P1 Disturbi del comportamento alimentare	,54				
P37 Presenza di radon (gas radioattivo) nelle abitazioni	,53	,39			
P13 Dissesti idrogeologici	,53	,46			
P29 Mafia (criminalità organizzata)	,47	,38			
P14 Inefficienza soccorso medico	,46	,35			
P38 Assunzione di psicofarmaci	,43				
P7 (Micro)criminalità urbana	,40				
P43 Epidemie virali o batteriche	,39	,31			
P47 Depressione	,36				
P33 Uso di biotecnologie (OGM) nell'agricoltura	,36	,63			
P30 Cambiamenti climatici		,63			
P31 Elettrosmog	,33	,62			
P45 Additivi nel cibo		,61			
P25 Inquinamento atmosferico		,61			
P34 Disastri ambientali	,45	,61			
P20 Utilizzo di pesticidi e fertilizzanti chimici in agricoltura		,60			
P41 manipolazioni genetiche	,42	,49			
P35 Riforma delle pensioni (innalzamento età pensionabile)		,43		,34	
P42 Carenza strutture sanitarie/ospedaliere	,30	,41			
P9 Assunzione di farmaci	,38	,40			
P26 Flessibilità del lavoro		,39			
P53 Incidenti sul lavoro	,31	,38	,34		
P12 Instabilità finanziaria dei mercati		,34			
P56 Andare in moto, motorino			,67		
P46 Andare in automobile			,57	,34	
P52 Andare in bicicletta			,53		
P21 Uso di bevande alcoliche			,49		
P28 Intervento chirurgico			,48		
P39 Malattie cardio-vascolari	,34		,47		
P44 Gravi incidenti stradali	,53	,46	,53		
P40 Alpinismo			,44		
P50 Fumo di sigarette (sia attivo che passivo)		,31	,38		
P55 Trasfusioni di sangue			,34		
P49 Inserimento nelle scuole di bambini con cultura e religione diverse dalla propria				,68	
P27 Diversità (culturale, religiosa, sessuale)				,66	
P15 Manifestazioni di piazza				,65	
P2 Inserimento nel mondo del lavoro di persone con cultura e religione diversa dalla propria				,59	
P6 Utilizzo di elettrodomestici				,49	
P4 Uso del telefono cellulare		,40		,41	
P36 Viaggiare in aereo				,30	
Percentuale di varianza spiegata (dopo la rotazione)	20,7	10,2	6,5	5,7	43,1
Alfa di Cronbach dei punteggi fattoriali di probabilità	**.95**	**.87**	**.80**	**.78**	
Media	2,5	2, 6	2,3	1,6	
Deviazione standard	,7	, 6	,5	,5	

Tabella 4. Differenza tra le medie dei fattori di gravità e probabilità- Area comune

Fattori	Gravità		Probabilità		*T*
	Media	DS	Media	DS	
Fattore 1: R. Terrificante	3,3	,5	2,6	,7	16,8***
Fattore 2: R. Sconosciuto	2,9	,6	2,7	,76	7,7***
Fattore 3: Espos. Personale	1,8	,5	2.0	,6	-6,1***
Fattore 4: R. Diversità	1,2	,4	1,4	,6	-6,8***

Tabella 5. Analisi di Kruskal-Wallis considerando como variabili indipendenti Expertise, Sesso e Genitorialitá e come variabili dipendenti i quattro fattori di rischio per le due dimensioni: Gravitá e Probabilità

Variabili Indipendenti	Dimensioni e Fattori Scala Rischio	χ^2	g.l.	Sig.	Media 1 (rank)	Media 2* (rank)
Sesso	Gravità - R. Terrificante	15,8	1	,000	86,2	119,2
	Gravità - R. Sconosciuto	7,1	1	,008	91,9	114,0
	Gravità – Espos. Personale	1,0	1	,319		
	Gravità - R. Diversità	,1	1	,703		
	Probabilità - R. Terrificante	15,8	1	,000	88,4	121,8
	Probabilità - R. Sconosciuto	11,0	1	,001	91,4	119,2
	Probabilità - Espos. Personale	,2	1	,662		
	Probabilità - R. Diversità	,0	1	,918		
Genitorialità	Gravità - R. Terrificante	2,7	1	,100		
	Gravità - R. Sconosciuto	,2	1	,678		
	Gravità - Espos. Personale	4,27	1	,041	113,2	96,4
	Gravità - R. Diversità	3,4	1	,064		
	Probabilità - R. Terrificante	1,5	1	,222		
	Probabilità – R. Sconosciuto	,01	1	,956		
	Probabilità - Espos. Personale	5,69	1	,018	114,5	94,8
	Probabilità – R. Diversità	1,7	1	,197		
Espertise	Gravità - R. Terrificante	34,3	1	,000	77,5	126,2
	Gravità - R. Sconosciuto	17,5	1	,000	85,0	119,7
	Gravità - Espos. Personale	,17	1	,784		
	Gravità - R. Diversità	,8	1	,356		
	Probabilità - R. Terrificante	16,0	1	,000	87,8	121,5
	Probabilità - R. Sconosciuto	15,4	1	,000	88,1	121,2
	Probabilità - Espos. Personale	,3	1	,612		
	Probabilità - R. Diversità	4,0	1	,045	97,6	113,1

* Nota: Expertise = Media 1 Esperto, Media 2 Non-Esperto; Sesso = Media 1 Maschio, Media 2 Femmina; Genitorialità = Media 1 Genitore, Media 2 Non Genitore.

Discussione

Il nostro studio, pur facendo riferimento alle numerose ricerche che hanno studiato la percezione del rischio seguendo il paradigma psicometrico si colloca, per la metodologia utilizzata, all'interno degli studi successivi che non si basano più sulle caratteristiche del rischio ma spostano il focus della valutazione degli eventi rischiosi sul piano della severità percepita, per procedere poi ad un'analisi disaggregata dei dati che fornisce un corpus di analisi, separate per ogni attributo dell'evento rischioso preso in considerazione (Sjoberg, 1998, 2000, 2002; Schulz e Wiedeman, 1998; Hermand et al., 2003).

Inoltre, apportando un ulteriore contributo a questo approccio, abbiamo incluso, oltre alla gravità, anche la probabilità, sulla base della considerazione che la pericolosità di uno stesso evento possa essere valutata in modo diverso a seconda che lo si consideri dal punto di vista dell'una o dell'altra.

Abbiamo inoltre ritenuto necessario analizzare la variabilità della percezione del rischio in una duplice prospettiva, sia in relazione alle diverse situazioni (differenza tra i fattori) sia in relazione alle differenze individuali (analisi dell'influenza di diverse variabili sui fattori), rispondendo all'esigenza di coniugare queste due fonti di variabilità nello studio della percezione del rischio che, come suggerito da Rumiati e coll. (1995), varia tra i soggetti e tra le situazioni. Inoltre, il nostro studio, muovendo dall'obiettivo iniziale di analizzare la struttura bi o trifattoriale dell'approccio psicometrico, costituita dai fattori "terrificante", "sconosciuto" e "numero di persone esposte" (Slovic et al., 1980; Goszczynska, Tyszka e Slovic, 1991; Mullet et al., 1993), ha inteso individuare ulteriori aree di rischio, legate a situazioni diverse rispetto a quelle tradizionalmente considerate.

A tale scopo è stato costruito un questionario che ha incluso item specifici, non considerati nelle altre ricerche, che si riferiscono a situazioni nuove che potrebbero rappresentare motivo di preoccupazione nell'attuale contesto italiano, come la riforma delle pensioni e la flessibilità del lavoro.

L'analisi fattoriale svolta ha confermato la rappresentazione trifattoriale del rischio individuata dall'approccio psicometrico con l'aggiunta di un ulteriore fattore, nuovo in letteratura, che abbiamo definito "Rischio diversità" e che fa riferimento al

rapporto con persone di cultura diversa dalla propria, risultando molto stimolante per le interessanti prospettive di approfondimento che offre.

I risultati ottenuti hanno confermato la validità del questionario sul rischio da noi costruito, presentando una struttura fattoriale che risulta ampiamente soddisfacente, perché rispondente a criteri di validità fattoriale rappresentati dalla struttura semplice con pochi item bifattoriali e da elevati indici di omogeneità interna dei fattori (alfa di Cronbach).

A fronte di un'analoga struttura fattoriale dal punto di vista qualitativo, il confronto tra i punteggi fattoriali riferiti alle due dimensioni di gravità e probabilità evidenzia l'esistenza di differenze significative dal punto di vista quantitativo, come ci si poteva aspettare sulla base della considerazione che un rischio può essere valutato in modo diverso a seconda che ci si riferisca alla severità delle sue conseguenze (gravità) o alla possibilità che possa verificarsi (probabilità). I risultati hanno mostrato che per la maggior parte dei rischi la valutazione della gravità è maggiore di quella della probabilità e questo conferma i dati emersi già in altre ricerche (Martinez-Arias, 2000; Arranz et al. 2000; Martinez-Arias e Prades, 2004). La probabilità risente maggiormente dei bias cognitivi descritti in letteratura che conducono ad una sottostima del rischio effettivo quando riferito alla possibilità di un coinvolgimento personale, rispetto alla gravità che fa capo ad una modalità di valutazione più astratta dall'esperienza personale e la cui valutazione risente del coinvolgimento della sfera emotiva del singolo. Un confronto tra le varie situazioni ha evidenziato come la percezione del rischio vari sensibilmente tra le situazioni considerate, risultando, sia a livello di gravità che di probabilità, molto alta per quegli eventi ad elevato potenziale di pericolosità (primo fattore) o poco conosciuti (secondo fattore) e più ridotta per quelli in cui è implicata la dimensione dell'esposizione personale e volontaria (terzo fattore) e per il rischio relazionale legato al rapporto con la diversità (quarto fattore).

In particolare, le ridotte valutazioni della gravità e della probabilità del rischio, osservate in relazione al quarto fattore, contraddicono le indicazioni del Censis riguardo alla fonte di particolare preoccupazione rappresentata dal rapporto con la diversità culturale nell'attuale contesto italiano. I risultati mostrano, al contrario, che le situazioni legate alla multietnicità e al multiculturalismo non costituiscono motivo di allarme nella popolazione, presumibilmente per la loro avvenuta assimilazione all'interno del nostro tessuto culturale e sociale, che porta a non considerarle come particolarmente pericolose.

Infine, per quanto riguarda l'ulteriore prospettiva di considerare la variabilità nella percezione del rischio legata alle differenze individuali abbiamo preso in considerazione oltre al genere, la genitorialità e l'expertise.

I nostri risultati, confermando quelli emersi in letteratura, hanno evidenziato che le donne, forniscono una valutazione del rischio maggiore rispetto a quella degli uomini, sia a livello di gravità che di probabilità, in relazione agli eventi dal carattere terrificante e sconosciuto. Tale differenza tra uomini e donne riguarda sia il piano emotivo che quello razionale, esprimendosi sia a livello di gravità (implicante maggiormente la modalità emotiva) che di probabilità (implicante maggiormente la modalità cognitiva). Per spiegare le differenze di genere nella percezione del rischio sono state formulate varie ipotesi interpretative, tra cui una delle più accreditate è quella relativa ad un'origine biologica (Flynn, et al., 1994; Finucane, Slovic, Mertz, Flynn e Satterfield, 2000) legata ai diversi ruoli che portano l'uomo ad essere maggiormente esposto ed incline ad attività rischiose, con una minore percezione del rischio per effetto dell'esperienza, nonché per una certa dose di motivazione nei confronti del rischio in sé. Il ruolo dell'informazione sembra essere irrilevante per spiegare le differenze di genere, l'ipotesi che esse possano essere riconducibili ad una maggiore conoscenza a livello di informazione da parte degli uomini è stata infatti confutata da una serie di studi che hanno dimostrato che le differenze tra i due sessi nella valutazione del rischio permangono anche all'interno della categoria degli "esperti", aventi quindi lo stesso livello di conoscenza riguardo agli eventi rischiosi presi in considerazione (Barke, Jenkins-Smith e Slovic, 1997). Un'ulteriore interpretazione chiama in gioco il ruolo del fattore culturale considerando la rappresentazione del rischio come espressione dei valori e delle credenze della società, che riflette gli effetti della politica, della cultura, della tecnologia, dell'economia in cui si sviluppa (Becket e Nachtigall, 1994; Douglas e Wildavsky, 1982). In quest'ottica la differenza potrebbe essere spiegata col fatto che tradizionalmente le donne, avendo nella società un ruolo più limitato a livello decisionale, abbiano sperimentato un minor potere di controllo sul rischio e presentino pertanto una percezione relativa ad esso superiore a quella degli uomini (Gustafson, 1998).

In riferimento alla genitorialità si sono riscontrate differenze significative sia a livello di gravità che

di probabilità in relazione al fattore 3 "Rischio Esposizione Personale": il gruppo dei genitori valuta come più alta sia la gravità che la frequenza di accadimento degli eventi rischiosi associati a questo fattore. Le situazioni che vengono prese in considerazione prevedono l' esposizione individuale al rischio dovuta all'uso del motorino, dell'automobile e al far uso di bevande alcoliche e quindi di guidare in stato di ebbrezza che più di altri possono richiamare alla mente condotte giovanili o adolescenziali. Possiamo ipotizzare che la presenza di una relazione affettiva coinvolgente (come quella genitore-figlio) induca i genitori a sovrastimare la probabilità di accadimento dell'evento rischioso. Come se lo stimolo (l'evento rischio) attivi nel genitore uno stato d'animo (la preoccupazione o la paura) in grado di alterare la percezione del rischio.

Per quanto riguarda l'expertise i risultati fanno emergere differenze statisticamente significative sulla stima del rischio da parte del campione degli "esperti" rispetto ai "non esperti", sia a livello di gravità che a livello di probabilità nei primi due fattori, il Rischio Terrificante e Rischio Sconosciuto, e solo a livello di probabilità in relazione al fattore 4, Rischio Diversità.

Le differenze nelle valutazioni della gravità e della probabilità del rischio in relazione ai primi due fattori, che presentano tipologie di rischi tradizionalmente prerogativa di metodologie oggettive del "risk assessment", potrebbero essere attribuibili al ruolo dell'expertise, che prevede un insieme di competenze scientifiche possedute dagli esperti rispetto ai non-esperti.

Sebbene questi risultati confermino quanto emerge in letteratura (Slovic, Malmfors, Krewski, Mertz, Neil e Bartlett, 1995; Slovic et al. 1980; Kletz, 1996) sul ruolo dell'expertise nella stima del rischio, i nostri dati mostrano chiaramente che la dicotomia tra esperti e non esperti riguarda soltanto i primi due fattori, mentre per gli altri due i risultati presentano una diversa complessità e varietà. Per quanto riguarda il terzo fattore, infatti, si può notare che non ci sono differenze tra esperti e non esperti. E' evidente, in questo caso, che il fattore "esperienziale" ha un'influenza maggiore rispetto alle conoscenze teoriche. Non si tratta infatti di item in cui occorre una preparazione tecnica altamente qualificata per rendersi conto in modo realistico delle conseguenze di determinati eventi, piuttosto riguardano un tipo di informazione che l'uomo comune può sicuramente acquisire sia attraverso i mass media (giornali, riviste, televisione), sia attraverso la sua esperienza personale. Anche per quanto riguarda il quarto fattore "Rischio Diversità" non si riscontrano (a livello di gravità) differenze dovute all'expertise, mentre a livello di probabilità gli esperti stimano meno frequenti gli eventi legati a questo fattore. Si tratta di item che hanno a che fare con la sfera dell'individuo personale e relazionale e non con rischi oggettivi e neutri legati ad eventi, a dimostrazione che in tale ambito il fattore expertise incide solo parzialmente.

In conclusione, questo nostro studio, pur non avendo pretese di rappresentatività statistica, essendo limitato ad un campione ristretto di soggetti, non stratificato, ci ha consentito di trarre delle indicazioni molto stimolanti, utili per ulteriori ricerche che vadano sia nella direzione dell'uso integrato di tecniche di analisi diverse, che nel mantenere distinto lo studio delle due dimensioni, gravità e probabilità, che, come si evince dalla nostra ricerca, forniscono valutazioni qualitativamente e quantitativamente diverse. Altro elemento interessante è stato l'aver considerato la variabilità nella percezione del rischio secondo una duplice prospettiva: quella legata alle situazioni e quella legata alle differenze individuali, raccogliendo l'invito suggerito dalla letteratura ad un'analisi integrata della variabilità nella percezione del rischio che tenesse conto sia della componente situazionale che intersoggettiva. Riguardo alle differenze individuali, sulla scia di ricerche che hanno esteso lo studio alle caratteristiche di personalità (Bouyer, Bagdassrian, Chaabanne e Mullet., 2001; Chauvin, Hermand e Mullet, 2007), si ritiene opportuno proseguire analizzando il ruolo di ulteriori variabili, tradizionalmente poco considerate riferite alla sfera psicologica-emotiva dell'individuo, che potrebbero avere un'influenza molto rilevante sulla percezione del rischio.

Riferimenti bibliografici

Arranz, L., Macias, M. T. , Prades, A. , Martinez-Arias, R., Sola, R. (2000). Risk perception of diagnostic and therapeutic radiological applications: comparison of experts and the public. *IRPA 10 International Radiation Protection Association. 10th International Congress*, Hiroshima, Japen, 14-19 may 2000.

Barke, R. P., Jenkins-Smith, H., Slovic, P. (1997). Risk perceptions of Men and Women Scientists. *Social Science Quarterly*, 78 (1), 167-176.

Barke, R.P., Jenkins-Smith, H.C. (1993). Politic and Scientific Expertise: Scientists, Risk Perception, and Nuclear Waste Policy. *Risk Analysis,* 13, 4, 425-439.

Becket G., Nachtigall, R.D. (1994). Born to be a mother: The cultural construction of risk in infertility treatment. In *The U.S. Social Science and Medicine*,

39, 507-518.

Boholm, A. (1998). Comparative studies of risk perception: a review of twenty years of research. *Journal of Risk Research*, 1, (2), 135-163.

Bouyer, M., Bagdassarian, S., Chaabanne, S., Mullet, E. (2001). Personality Correlates of Risk Perception. *Risk Analysis*, 21, (3), 457-465.

Bronfman, N. C., Cifuentes, L. A. (2003). Risk Perception in a Developing Country: the Case of Chile. *Risk Analysis*, 23, (6), 1271-1285.

Brown, S. L., Cotton, A. (2003). Risk-Mitigating Beliefs, Risk Estimates and Self-Reported Speeding in a Sample of Australian Drivers. *Journal of Safety Research,* 34 (2), 183-188.

Burns, W., Slovic, P., Kasperson, R., Kasperson, J., Renn, O., Emani, S. (1990). *Social amplification of risk: An emprirical study*. Carson City, NV: Nevada Agency for Nuclear Projects Nuclear Waste Project Office.

Censis (2003). 37° *Rapporto Annuale*, consultato on-line sul sito: www.censis.it.

Censis (2004). 38° *Rapporto Annuale*, consultato on-line sul sito: www.censis.it.

Chauvin, B., Hermand D., Mullet, E. (2007). Risk Perception and Personality Facets. *Risk Analysis*, 27, (1), 171-185.

Davidson, D. J., Freudenberg, W. R. (1996). Gender and environmental risk concerns: a review and analysis of Available Research. *Environment and Behavior*, 28 (3). 302-339.

Douglas, M., Wildavsky, A. (1982). *Risk and culture: An essay on the selection of technical and environmental dangers*. Berkeley, CA: University of California Press.

Finucane, M. L., Slovic, P., Mertz, C.K., Flynn, J., Satterfield, T.A. (2000). Gender, Race and Perceived Risk: The White Male Effect. Health. *Risk e Society,* 2 (2), 159-172.

Fischhoff, B., Slovic, P., Lichtenstein, S., Read, S., Combs, B. (1978). How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits. *Policy Sciences*, 9, 127-152.

Flynn, J., Slovic, P., Mertz, C. K. (1994). Gender, Race, and Perception of Environmental Health Risks, *Risk Analysis*, 14, (6), 1101-1108.

Goszczynska, M., Tyszka, T., Slovic, P. (1991). Risk perception in Poland: a comparison with three other countries. *Journal of Behavioural Decision Making*, 4, 179-193.

Gustafson, P.E. (1998). Gender differences in risk perception: Theoretical and methodological perspectives. *Risk Analysis,* 18, 805-811.

Hermand, D., Karsenty, S., Py, Y., Guillet, L., Chauvin, B., Simeone, A., Munoz Sastre, M.T., Mullet, E. (2003). Risk Target: An Interactive Context Factor in Risk Perception. *Risk Analysis*, 23, 4, 821-828.

Jungermann, H., Pfister, H.R., Fischer, K. (1996). Credibility, information preferences and information interests. *Risk Analysis,* 16, 2, 251-261.

Kasperson, R. E., Renn, O., Slovic, P., Brown, H.S., Emel, J., Goble, R., Kasperson, J. X,. Ratick, S. (1988). The Social Amplification of Risk: A Conceptual Framework. *Risk Analysis*, 8, (2), 177-187.

Klein, W. N., Weinstein, N. D. (1997). Social comparison and unrealistic optimism about personal risk. In B. P. Buunk e F. X. Gibbons (Eds.), *Healt, Coping, and Well-Being: Perspectives from Social Comparison Theory* (25-61).Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Kletz, T. A. (1996). Risk-two views: the public's and the experts. *Disaster Prevention and Management*, 5, 41-46.

Lundborg, P., Andersson, H. (2006). *Gender, Risk Perception and Smoking Behaviour*. Mimeo. Lund University Centre for Health Economics (LUCHE), Lund, Sweden.

Lundborg, P., Lindgre, B. (2004). Do They Know What they are Doing? Risk Perceptions and Smoking Behaviour Among Swedish Teenagers. *Journal of Risk and Uncertainty*, 28 (3). 261-286.

Martinez-Arias, R. (2000). The structure of risk perception: a comparative study. *IRPA 10 International Radiation Protection Association. 10th International Congress*, Hiroshima, Japan, 14-19 may 2000.

Martinez-Arias, R., Prades, A. (2004). Risk perception and request for information about radiological risks in the health area. *IRPA 11 International Radiation Protection Association, 11th International Congress.* Madrid, Spain, 23-28 may 2004.

Mullet, E., Duquesnoy, C., Raiff, P., Fahrasmane, R., Namur, E. (1993). The evaluative factor of risk perception. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1594-1605.

Rohrmann, B. (1999). *Risk Perception Research, Review and Documentation*, Revised Edition, 1999, Arbeiten Zur Risiko-Kommunikation, Heft 69, Jülich.

Rowe, G., Wright, G. (2001). Differences in expert and lay judgements of risk: muth of reality? *Risk Analysis*, 21, 341-56.

Rumiati, R., Savadori, L. (1999). Percezione del rischio e rischio tecnologico-professionale. *Risorsa Uomo*, 6, 7-22.

Rumiati, R., Bonfante, M., Pedon A. (1995). L'individuo di fronte al rischio: differenze individuali e aspetti psicologico-sociali. *Scienze dell'interazione*, 2, 2/3, 67-80.

Savadori, L., Ruminati, R.. (2005). *Nuovi rischi, vecchie paure*. Il Mulino, Bologna.

Schultz, H., Wiedeman, P.M. (1998). Judgements of personal and environmental risks of consumer products: Do they differ? *Risk Analysis*, 18, 119-129.

Sjoberg, L., (1998). Worry and risk perception. *Risk Analysis*, 18, 85-93.

Sjoberg, L., (2000). Factor in risk perception. *Risk Analysis*, 20, 1-11.

Sjoberg, L., (2002). Are received risk perception models alive and well? *Risk Analysis*, 22, 665-669.

Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236, 280-285.

Slovic, P. (1992). Perception of risk: reflections on the psychometric paradigm. In Krimsky S., Golding, D. (a cura di) *Social theories of risk*. Praeger, New York.

Slovic, P. (2000). *The perception of risk*. Earthscan Publications Ltd, London, UK.

Slovic, P., Fischhoff, B., Lichtenstein, S. (1979). Rating the risks: the structure of expert and lay perceptions. *Environment*, 21, 14-20.

Slovic, P., Fischhoff, B., Lichtenstein S. (1980). Facts and fears: Understanding perceived risks. In Schwing, R., Albers, W. A. Jr. (a cura di) *Societal risk assessment: How safe is safe enough*? Plenum Press, New York, 181-214.

Slovic, P., Fischhoff, B., Lichtenstein S. (1985). Characterizing perceived risk. In R. Kates, C. Hohenemser, e J. X. Kasperson (Eds.). *Perilous Progress: Managing the Hazard of Technology* .Boulder, CO: Westview Press, 91-125.

Slovic, P., Malmfors, T., Krewski ,D., Mertz, C.S., Neil, N., Bartlett, S. (1995). Intuitive toxicology II: Expert and lay judgments of chemical risks in Canada, *Risk Analysis*, 15, 661-675.

Slovic, P., Weber Elke, U. (2002). Perception of Risk Posed by Extreme Events. Conference "*Risk Management Strategies in an Uncertain World*". New York , April, 200, 12-13.

Starr, C. (1969). Social benefit versus technological risk. *Science*, 165, 1232-1238.

Van der Velde, F. W., Van der Pligt, J., Hooijkaas, C. (1994). Perceiving AIDS related risks: Accuracy as a function of differences in actual risk. *Health Psychology*, 13, 25-33.

Viscosi, W.K. (1991). Variations in risk perceptions and smoking decisions. *The Review of Economics Statistics*, 73, 577-588.

Vlek, C. A. J., Stallen, P. J. (1981). Judging Risks and Benefits in the Small and in the Large. *Organizational Behavior and Human Performance*, 28, 235-271.

Ricevuto : 22 settembre 2008
Revisione ricevuta : 27 febbraio 2009

Giornale di Psicologia, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9558

Giornaledipsicologia.it, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9450

Una ricerca sugli aspetti psicologici della cardiopatia

Paola MARZOCCHI, Sabrina BELLINI, Ilaria DE ROSA

Croce Rossa Italiana – Centro Riabilitativo Anna Torrigiani – Firenze

ABSTRACT - *Psychological aspects in cardiological disorders* - Introduction: Stressing experiences and related emotions, psychosocial factors, depression and anxiety, seem to have an important role in insorgence, course and prognosis of cardiac diseases, both as singular as associated factors (Gassner, Dunn e Piller, 2002; Barsky, 2003). Objectives: To value the psychological reaction to the cardiac event divided in "adaptation", "neglecting" and "catastrophic reaction" (Piaget, 1975; Kantzas, 1996) compared with sex, age, presence of psychosocial risk factors, cardiac event's nature. To detect presence of anxiety and depression. Methods: The study has been done on 781 subjects. Data have been obtained from clinical reports and from an individual clinical colloquy. Fisher's exact test has been used for statistic analysis. Results: A neglecting reaction seems to be more common among men and younger people (50-64 aa), a catastrophic reaction in women. Among subjects suffering for more than one cardiac disease depression seems to be more common than in subjects at first event. Conclusions: Results seem to respect initial hypothesis. More and significant informations would be obtained studying systematically some aspects emerged as important with follow up sessions. KEYWORDS: Cardiovascular disorders, Cardiac rehabilitation, Depression, Anxiety, Coping process.

RIASSUNTO – Le esperienze stressanti e le emozioni associate, fattori psicosociali, depressione e ansia, sembrano avere un importante ruolo nell'insorgenza, nel decorso e negli esiti della cardiopatia, sia come fattori singoli che associati (Gassner, Dunn e Piller, 2002; Barsky, 2003). L'obiettivo del presente lavoro è quello di valutare la reazione psicologica all'evento cardiaco, distinta nelle categorie di "adattamento", "negazione" e "reazione catastrofica" (Piaget, 1975; Kantzas, 1996), mettendola in relazione con le variabili genere, età, presenza di fattori di rischio psicosociali, tipologia di evento subito e rilevare eventuale presenza di ansia e depressione. Lo studio è stato condotto su un campione di 781 soggetti. I dati sono stati ricavati dalle cartelle cliniche e dal colloquio individuale. Le analisi statistiche sono state condotte con il test esatto di Fisher. Negli uomini e nelle persone più giovani appare più frequente una reazione di negazione (50-64 aa), mentre quella di tipo catastrofico sembra più presente nelle donne. La depressione pare più rilevante fra coloro che hanno subito più eventi cardiaci rispetto a persone al primo evento. I risultati ottenuti sembrano rispecchiare le ipotesi di partenza. Ulteriori studi di follow up approfondirebbero in modo più sistematico aspetti emersi come importanti. PAROLE CHIAVE: Malattie cardiovascolari, Riabilitazione cardiaca, Depressione, Ansia, Processo di coping.

Introduzione: aspetti psicologici della cardiopatia[1]

La ricerca recente ha evidenziato come le emozioni e le esperienze stressanti coinvolgano direttamente il cuore attraverso il sistema nervoso autonomo e indirettamente attraverso le vie neuroendocrine (Barsky, 2003).

La ricerca si è soprattutto focalizzata sul ruolo della depressione e, in minor grado, dell'ansia, sull'insorgenza, il decorso e gli esiti della cardiopatia (Barsky, 2003; Heart health, 2004).

Gli studi hanno evidenziato: 1) in individui sani l'insorgenza della depressione può predire lo sviluppo della malattia cardiaca; 2) livelli moderati di depressione sono correlati a ipertensione; 3) il progredire dell'aterosclerosi sembra legato alla depressione clinica: la mortalità dopo 6 mesi da un evento cardiaco è più alta nei pazienti depressi; 4) il rischio di mortalità nei pazienti depressi è stimato cinque volte superiore; 5) la depressione, dopo un intervento di by-pass, predice l'insorgenza di altri eventi cardiaci (angina); 6) tra i pazienti con scompenso cardiaco la depressione può aumentare il rischio di riospedalizzazione e mortalità e tale rischio appare indipendente dai classici fattori di rischio (Heart health, 2004) .

La depressione aumenterebbe pertanto la probabilità di sviluppare un evento cardiaco, e anche la mortalità.

[1] Si ringrazia la Dr.ssa Maria Gabriella Ferrari (Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze) per la collaborazione nella parte della ricerca e per l'elaborazione dei dati.

I problemi cardiaci possono a loro volta portare allo sviluppo di una depressione (Heart health, 2004), anche se la depressione post-evento cardiaco resta spesso misconosciuta o sottostimata. Secondo alcuni studi, nei primi 18 mesi dall'evento, la depressione occorre in un 15-30% dei pazienti e si associa a tassi significativamente elevati di mortalità per causa cardiaca.

La depressione può costituire anche un fattore di rischio secondario, in quanto può portare a una mancata adesione alle prescrizioni ed a un generale peggioramento della qualità della vita del paziente.

Anche i disturbi di tipo ansioso sembrano esercitare un'influenza negativa sul cuore, numerosi studi riportano un aumento di morbilità e mortalità per cause cardiache (Kawachi, Sparrow, Vokonas e Weiss, 1994; Frasure-Smith, Lespérance e Talajic,1995).

Un altro fattore ampiamente studiato poichè considerato un rischio per la cardiopatia è lo stress. Gli effetti dello stress variano a seconda della sua durata e intensità: a breve termine lo stress scatena il rilascio di adrenalina nel sangue che fa aumentare il battito cardiaco, la respirazione, la tensione muscolare, gli acidi grassi e i livelli di zuccheri. A lungo termine lo stress scatena il rilascio di cortisolo che aumenta la pressione, gli acidi grassi, lo zucchero e i fattori coagulanti nel sangue (Heart health, 2004).

All'evento infartuale è stato collegato anche il disturbo post-traumatico da stress (Wiklund, Vedin e Wilhelmsson, 1984), in quanto dopo un anno dall'infarto più di un terzo dei pazienti ricordava frequentemente e con intensità l'evento cardiaco.

Inizialmente associato con i traumi da guerra, il PTDS è ora considerato come possibile conseguenza di vari eventi traumatici. In effetti, un infarto condivide molte delle peculiarità degli eventi che producono questo disturbo: si tratta di un evento improvviso, inaspettato, non controllabile, che scatena dolore fisico e paura della morte (Bennet, Conway, Clatworthy, Brooke e Owen, 2001).

Al concetto di stress, nella ricerca attuale, è strettamente correlato quello di coping. Il coping può essere definito come l'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali, percepiti come superiori alle risorse disponibili del soggetto, messi in atto da un soggetto per fare fronte (*to cope*) ad esigenze esterne o interne vissute come perturbazioni (fastidi, dolori) (Lazarus, 1966).

Il processo di coping è stato distinto in due componenti: la gestione dei problemi (coping focalizzato sul problema) e la gestione delle emozioni (coping focalizzato sulle emozioni). Il primo consiste nel cercare di liberarsi del problema (coping attivo), la seconda nel cercare di liberarsi dalla sofferenza causata dal problema (coping passivo).

Tanto gli eventi problematici che le risposte emotive fanno parte dell'esperienza stressante, tuttavia l'aspetto fondamentale è la modalità in cui l'evento o la situazione sono vissuti dal soggetto. Ciascuno infatti vive una perturbazione in modo soggettivo, in funzione delle sue peculiarità e capacità, per cui lo stesso evento può risultare stressante per alcuni, ma non per altri. Ugualmente, la risposta sarà diversa da un individuo all'altro (The Italian on line Psychiatric Magazine, 2006).

Inoltre le risorse del soggetto (resilienza) non sono importanti solo di per sé, ma anche come percezione soggettiva perché, a parità di risorse, una percezione negativa delle proprie capacità rende il soggetto più vulnerabile allo stress, mentre una percezione positiva rappresenta un fattore favorevole (Bandura, 1992).

Il processo di recupero viene anche influenzato dalle convinzioni che il soggetto ha sulla malattia (Gassner, Dunn e Piller, 2002). Di solito i soggetti attribuiscono delle cause all'evento, mentre chi non riesce ad attribuire una causa ha un recupero più scarso.

Tali convinzioni sono influenzate da fattori culturali e sociali, ma anche dalla disponibilità di informazioni sulla malattia.

I fattori di tipo medico (colesterolo, pressione, diabete, vita sedentaria) vengono invece poco considerati.

Le capacità di coping sono inoltre strettamente interconnesse con fattori psicosociali, culturali e ambientali. Alcuni di questi fattori sono in grado di aumentare il rischio di incorrere in malattie cardiache (Barsky, 2003).

E' stata studiata anche la relazione tra supporto sociale e malattia cardiaca, da cui emerge come una situazione di integrazione sociale – essere sposati, avere degli amici, appartenere a gruppi e organizzazioni – sia associata a livelli più bassi di malattie coronariche (Williams et al.,1992). È stato evidenziato come l'isolamento e il ridotto supporto sociale - vivere soli, avere poche relazioni e non appartenere a gruppi – siano associati ad una più alta incidenza di malattie coronariche e ad una prognosi peggiore dopo un evento. I soggetti che vivono queste condizioni infatti presentano una frequenza più elevata di recidive d'infarto, di infarto miocardico fatale e di mortalità per tutte le patologie cardiache. Anche nei lavori di House (House, Umberson e Landis, 1988), la rete sociale di relazioni e il supporto sociale si rivelano un importante fattore di protezione. Ulteriori studi rivelano che le donne, per esempio, più

spesso si riversano sui figli o sugli amici e gli uomini sulle loro partner per ottenere da queste figure un supporto e affrontare meglio l'evento (Kristofferzon, Löfmark e Carlsson, 2005).

La teoria dell'equilibrazione cognitiva di Piaget (Piaget, 1975) può costituire un valido strumento per studiare il concetto di stress, inteso come perturbazione che avviene all'interno del sistema individuo-ambiente. Lo stress infatti è visto come un caso particolare della dinamica tra il sistema psichico (individuo) e l'ambiente, ed insorge qualora l'equilibrio tra i due poli si rompa a causa di una perturbazione (Kantzas, 1996).

L'evento cardiaco può essere considerato una perturbazione che colpisce il sistema producendo uno squilibrio ed obbligando il sistema stesso ad adottare varie "strategie" per riequilibrarsi. Si tratta in questo caso di un evento complesso che pone l'individuo di fronte ad una serie di modificazioni che ne alterano profondamente l'organizzazione, tanto da poter parlare di una modificazione dell'intera esistenza. Si tratta infatti di una perturbazione che ha minacciato addirittura di distruggerlo (morte). Sulla base della teoria di Piaget, nello studio di Kantzas (Kantzas, 1996), le reazioni all'evento cardiaco sono state classificate in tre categorie, due di riequilibrio (adattamento e negazione) e una di "crollo" del sistema (reazione catastrofica).

Le prime due reazioni sono assimilabili alle condotte di tipo alfa e beta descritte da Piaget (1975) mentre la terza sembra più assimilabile a quegli stati indicati da Bion col termine di "*catastrophic change*" (Bion, 1973) e da Winnicott col termine "*fear of break-down*" (Winnicott, 1974).

La condotta di tipo alfa è caratterizzata da un annullamento della perturbazione attraverso il rifiuto della stessa. Questo tipo di reazione si sviluppa quando la perturbazione raggiunge una certa consistenza, cioè si colloca distante dal punto di equilibrio del sistema. Il soggetto la percepisce presente ad un qualche livello, ma non avviene una modificazione degli schemi in risposta ad essa.

La reazione di negazione ha in comune con le condotte alfa il meccanismo centrale di rifiuto di modificare il sistema. Ne fanno parte non solo le reazioni di rifiuto, ma anche quelle che trasformano la perturbazione al punto di snaturarla e da negarne l'effetto perturbante.

Questo tipo di reazione comporta il diniego dell'evento per cui difficilmente il paziente aderisce alle indicazioni mediche, pensa di tornare alle precedenti attività in tempi brevi e non considera necessario apportare delle modificazioni al proprio stile di vita.

Le condotte di tipo beta sono in grado di integrare nel sistema la perturbazione assumendola come variante in uno schema più globale. Le reazioni beta sono dunque quelle corrispondenti alla capacità di integrare la perturbazione o il "fatto nuovo" all'interno del sistema che compie uno sforzo di adattamento alla nuova situazione. Il sistema è capace di compiere una trasformazione al suo interno, per cui si ha un parziale abbandono delle strutture precedenti.

Questi soggetti reagiscono all'evento integrandolo nella loro esistenza e dunque accettano una riorganizzazione della propria vita e si predispongono al cambiamento.

Il soggetto che si adatta accetta le limitazioni imposte dalla malattia, modifica il suo stile di vita mantenendo, anche se parzialmente, le sue attività precedenti.

Si ha invece una reazione catastrofica quando il cambiamento è percepito come catastrofico in senso letterale, cioè quando l'evento produce un sconvolgimento dell'ordine o del sistema delle cose, è accompagnato da sensazioni di disastro, è percepito come improvviso e violento in maniera fisica (Bion, 1973).

Il soggetto che reagisce in questo modo si sente spacciato e in balia di eventi che non è in grado di controllare. Ha paura di affrontare il suo futuro e di abbandonare la fonte di rassicurazione dell'ospedale. Pensa in termini pessimistici alla vita che lo aspetta, temendo di non poter riprendere, nemmeno parzialmente le sue attività precedenti.

Questi soggetti non sono in grado di pensare ad una modificazione delle abitudini di vita e dunque immaginare la ricostruzione di un'esistenza che tenga conto dell'evento.

Obiettivo

La ricerca è stata effettuata presso il centro "A. Torrigiani" della Croce Rossa Italiana, che fornisce dal 1997 un servizio di riabilitazione a pazienti affetti da varie patologie cardiache.

Il presente lavoro ha come obiettivo la valutazione della reazione psicologica all'evento cardiaco distinta in base al genere, all'età e alla tipologia di evento cardiaco subito.

Questi fattori sono stati messi in correlazione anche con altre variabili quali i fattori di rischio psicosociali (traumi e stress) e la situazione familiare e sociale.

I fattori di rischio sociali sono stati a loro volta confrontati con i fattori di rischio biologici (fumo, obesità, ipertensione, dislipidemia, diabete, familiarità, uso di sostanze) per valutarne la rispettiva incidenza nello sviluppo delle malattie coronariche.

E' stata posta l'attenzione anche sulla presenza dei fattori di ansia e depressione.

Metodo

I dati inizialmente sono stati raccolti dalle cartelle cliniche dei pazienti archiviate da gennaio 2002 a giugno 2005, appartenenti a 942 utenti del centro di età compresa tra 28 e 94 anni (con un'età media di 70 anni).

Per il presente studio sono stati selezionati i dati relativi ai pazienti di età compresa tra 50 e 80 anni, considerando il numero ridotto dei soggetti di età inferiore a 50 anni e il fatto che oltre gli 80 anni la modalità di reazione all'evento cardiaco può essere maggiormente influenzata da caratteristiche senili quali riduzione dei ritmi e minore aspettativa di vita, maggiore inconsapevolezza riguardo alle implicazioni della malattia e altre malattie importanti concomitanti.

Dai dati così selezionati è stato possibile ottenere gruppi di soggetti più facilmente confrontabili nelle analisi statistiche

Sono stati inoltre esclusi i dati relativi a 15 soggetti che mostravano disturbi dell'umore e forme di decadimento cognitivo (Asse I e Asse II del DSM-IV) poiché tali condizioni hanno reso impossibile classificare la loro reazione all'evento cardiaco.

PARTECIPANTI

Il campione finale di studio è composto da 781 soggetti. L'età del campione è compresa tra i 50 e gli 80 anni con un'età media di 69 (ds. 7,7) anni. L'età media femminile è di 71 (ds. 7,31) anni, quella maschile è di 68 (ds. 7,7) anni.

Per ciò che riguarda il genere il campione è composto da 276 donne (35,3%) e 506 uomini (64,7%). Si riscontra pertanto una prevalenza maschile (circa i due terzi) nei soggetti colpiti da patologie cardiache.

Le patologie sono state classificate in: intervento di by-pass aortocornarico (Bpca) (n=252), sostituzione/riparazione delle valvole (Valvole) (n=268), Infarto Miocardio Acuto e Infarto Miocardio Acuto con intervento di angioplastica (IMA) (n=139), angina e angina con angioplastica (Angina) (n=65) e altri eventi come lo scompenso cardiaco (Altro) (n=57). I soggetti sono stati ulteriormente differenziati per lo studio anche tra coloro che si trovavano ricoverati in seguito al primo evento (n=511) e coloro che invece avevano già subito altri traumi cardiaci (n=270).

Sono state create all'interno del campione tre fasce d'età: la prima fascia da 50 a 64 anni (n=232), la seconda da 65 a 74 (n=324) e la terza da 75 a 80 anni (n=225) (Davison e Neale, 2000).

Il 76,2% dei pazienti abita con qualcun altro (n=596), il 17,3% vive solo (n=136), e per il restante 6,5% (n=49) non è stato possibile ricavare questo dato.

STRUMENTI

I dati, per quanto riguarda gli aspetti di anamnesi medica, provengono dalle cartelle cliniche archiviate e gli aspetti psicologici relativi alla reazione all'evento cardiaco subito, distinta nelle categorie di "adattamento", "negazione" e "reazione catastrofica" (Piaget, 1975; Kantzas, 1996), e all'eventuale presenza di ansia e depressione, sono stati valutati in base ad un colloquio clinico individuale con il paziente. Quest'ultimo aspetto di ansia e depressione è stato indagato in termini di assenza/presenza nel presente, prima del verificarsi dell'evento cardiaco e in seguito ad esso.

ANALISI DEI DATI

L'analisi dei dati è stata effettuata confrontando le categorie di reazione psicologica con quelle relative a genere, età, presenza di fattori di rischio psicosociali e tipologia di evento subito tramite il test esatto di Fisher[2]. Per quanto riguarda ansia e depressione lo studio si è fermato ad un livello puramente descrittivo.

Risultati

---

[2] L'utilizzo del test di Fisher è stato preferito a quello del Chi^2 perché sembrava adattarsi meglio alla grandezza del campione. Esso fornisce infatti una probabilità puntuale e non continua, permettendo di ottenere risultati più attendibili anche in un campione ampio in cui le varie categorie si presentano numericamente sbilanciate (Barbaranelli, 2003).

Abbiamo visto in letteratura come gli eventi traumatici, in questo caso di natura cardiaca, provochino nelle persone reazioni psicologiche diversificate: di adattamento, di negazione e catastrofica. Nel nostro studio, tali reazioni sono state riscontrate in queste misure: i soggetti adattati risultano essere il 77,1% (n=602), quelli che hanno avuto una reazione di negazione sono l'10,4% (n=81), e i soggetti che hanno avuto una reazione catastrofica all'evento cardiaco sono il 12,5% (n=98) (Fig.1).

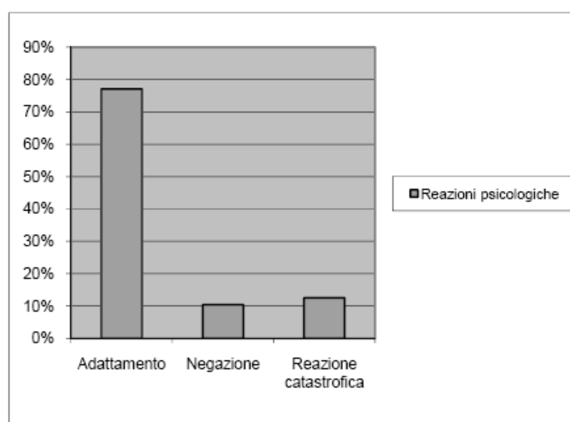


Figura 1 - Reazioni psicologiche agli eventi cardiaci riscontrate nel campione (% riferita al totale dei soggetti).

Questo risultato appare in accordo con la ricerca che considera l'adattamento la reazione psicologica più frequente nei soggetti che subiscono un evento traumatico.

Studiandole in base al genere, abbiamo potuto rilevare come quella di adattamento sia la più comune sia tra gli uomini che tra le donne (Tab.1[3]).

Per quanto riguarda i soggetti che rientrano nelle categorie di negazione e di reazione catastrofica, sembrano esistere delle differenze significative in base al genere in entrambe. La reazione di negazione in particolare appare più presente negli uomini (Fisher: p<0.001), risultato in sintonia con la letteratura che riconosce negli uomini una maggiore capacità di estraniazione dal reale rispetto alle donne. Tale tipologia di reazione può comportare, a lungo termine, aggravamenti della malattia cardiaca poiché l'individuo tende a non apportare le adeguate modifiche al proprio stile di vita.

La reazione catastrofica sembra invece più presente nelle donne (Fisher: p<0.001), probabilmente per una caratteristica strutturale che le porta ad essere più legate al reale e più provate emotivamente dagli eventi (Kristofferzon, Löfmark e Carlsson, 2005). Le donne mostrano una maggiore immediatezza del vissuto traumatico e sembrano sviluppare minori capacità di astrazione rispetto al reale.

Per quanto riguarda le differenze in base alle fasce d'età, la reazione di negazione presenta una differenza significativa tra la prima fascia (50-64 aa) e l'ultima (75-80 aa) (Fisher: p<0.05). Le persone più giovani probabilmente sono più portate ad un atteggiamento di negazione dei limiti imposti dalla malattia cardiaca a causa di ritmi più elevati e maggiori aspettative che la vita sociale e familiare richiede loro rispetto a coloro che hanno superato i 75 anni, e al fatto che un'integrazione dell'evento porterebbe ad un maggiore sconvolgimento nelle abitudini di vita con maggiori difficoltà a trovarvi un adattamento.

Un'altra relazione studiata è stata quella tra le reazioni psicologiche e la presenza di fattori di rischio psicosociali (traumi e stress).

Dai risultati ottenuti appaiono esserci differenze significative tra coloro che hanno nella loro storia personale trascorsi di eventi vissuti come traumatici o stressanti (n=461) e coloro che non ne riportano (n=320), per quanto riguarda le reazioni di adattamento (Fisher: p<0.05) e catastrofica (Fisher: p<0.001) (Fig.2).

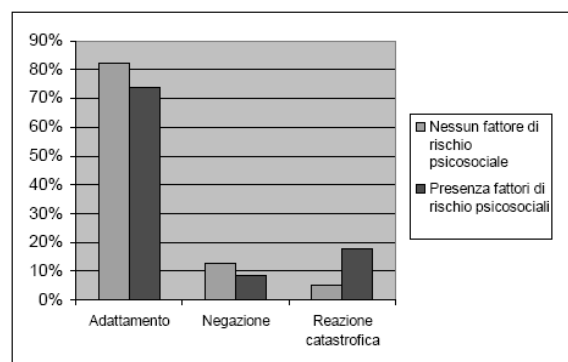


Figura 2 - Distribuzione delle categorie di reazione psicologica in base alla presenza di fattori di rischio psicosociali (% riferita al totale dei soggetti in ogni livello di presenza del rischio).

Le persone che hanno riportato precedenti fattori di rischio psicosociali appaiono meno adattate e più inclini a reazioni di tipo catastrofico.

Tali fattori sembrerebbero quindi avere un peso che va a sommarsi a quello dell'evento cardiaco, capace di influenzare la reazione psicologica del soggetto (Barsky, 2003).

[3] La tabella 1 raccoglie tutti i risultati significativi relativi ai vari obiettivi della ricerca riportandone le variabili confrontate e la significatività del test esatto di Fisher.

Per quanto riguarda le cinque tipologie di evento cardiaco, si evidenzia una differenza significativa su tutte e tre le reazioni psicologiche all'evento (Fig. 3). L'adattamento mostra una differenza significativa (Fisher: p<0.05) a seconda dell'evento cardiaco subito; è maggiormente presente tra coloro che hanno subito un intervento di sostituzione o riparazione valvolare, sembra essere meno presente tra i ricoverati per altri eventi, come lo scompenso. La reazione di negazione sembra essere più presente tra coloro che sono stati operati per by-pass aortocoronarico e tra coloro che soffrono di angina. Questo potrebbe essere causato dal fatto che i sintomi di angina possono essere sottovalutati dal paziente che riesce, attraverso il diniego, a distanziarsene emotivamente sottovalutando la malattia cardiaca.

La reazione catastrofica si rivelerebbe più presente tra coloro che sono stati ricoverati per altri tipi di disturbi come lo scompenso cardiaco (Fisher: p< 0.05). Lo scompenso cardiaco, quando grave, comporta una riduzione delle attività alterando la qualità di vita per cui il paziente non riesce ad integrarlo nella propria esistenza. Questo tipo di paziente si sente condizionato dalla malattia cardiaca e meno capace di gestire la situazione.

Tra coloro che hanno avuto una storia di più eventi cardiaci (n=270), appare più bassa la percentuale di adattati rispetto a coloro che hanno avuto un solo evento (n=511) (Fisher: p<0.05).

Come già evidenziato in precedenza, il sommarsi di una serie di eventi stressanti, come il ripetersi della patologia cardiaca, sembra diminuire le risorse del soggetto per gestire la malattia e quindi la sua capacità di sviluppare una reazione di adattamento (Fig.4).

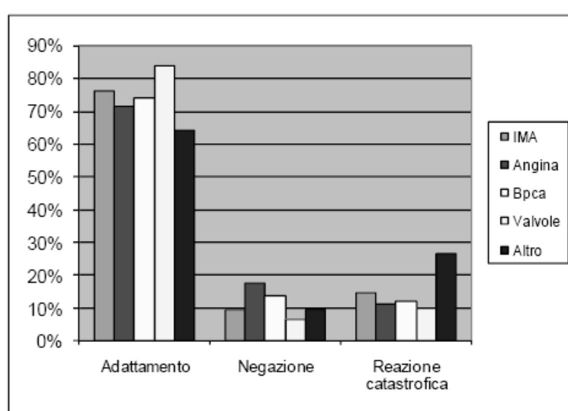


Figura 3 - Distribuzione delle categorie di reazione psicologica in base alla tipologia di evento (% riferita al totale dei soggetti in ogni livello di tipologia).

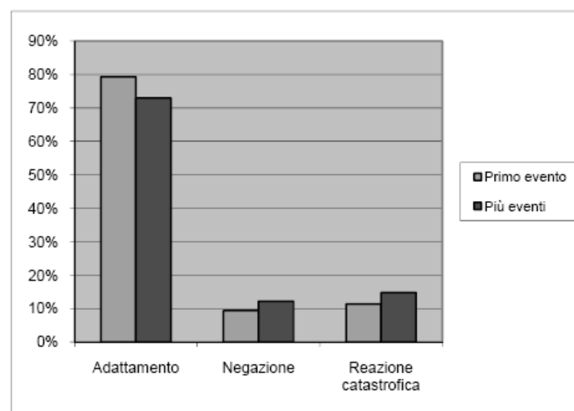


Figura 4 - Distribuzione delle categorie di reazione psicologica in base al numero di eventi subiti dal soggetto (% riferite ai soggetti in ogni livello di frequenza).

La situazione familiare, suddivisa in coloro che vivono "soli" (n=136) o con qualcun altro ("non soli", n=596), considerata un'altra variabile importante da valutare rispetto alla reazione psicologica del paziente (Williams et al., 1992), ha mostrato una differenza significativa nella reazione di negazione, più presente tra coloro che vivono con qualcuno (Fisher: p<0.05). E' stato inoltre rilevato che anche che la reazione catastrofica è apparentemente più frequente in coloro che vivono soli.

Quest ultimo risultato può essere ricondotto alla presenza di maggiori aspettative e compiti sociali che il vivere con qualcun altro può implicare e che può portare talvolta il soggetto a non adeguarsi ai limiti imposti dalla malattia.

È stata studiata anche la relazione tra la presenza dei fattori di rischio biologici (fumo, obesità, ipertensione, dislipidemia, diabete, familiarità, uso di sostanze), suddivisa tra coloro che hanno riportato tali fattori (n=712) e coloro che invece non ne riportano (n=69), e le tipologie dell'evento cardiaco. Per coloro che sono stati ricoverati per eventi come l'infarto, l'angina, l'intervento di by-pass e coloro che hanno subito più eventi nel corso degli anni, i fattori biologici sembrano avere un peso maggiore. E' stata infatti rilevata una differenza significativa sia per i primi (Fisher: p<0.01), che per i secondi (Fisher: p<0.05). Va considerato comunque che i pazienti operati alle valvole spesso soffrono di patologie congenite, sulle quali scarsa influenza hanno avuto i fattori di rischio.

Nei fattori di rischio psicosociali, anch'essi distinti in sottogruppi di soggetti in cui sono presenti (n=461) e in cui invece non sono stati rilevati (n=320), si riscontrano differenze significative tra coloro che hanno subito un intervento chirurgico alle valvole e le altre tipologie di evento (Fig.5). In particolare gli infartuati sembrano aver subito un

maggior numero di eventi psicologicamente traumatici e stressanti (Fisher: $p<0.05$). Una differenza significativa è presente anche tra coloro che sono al primo evento e coloro che ne hanno subiti di più (Fisher: $p<0.001$) (Fig.6).

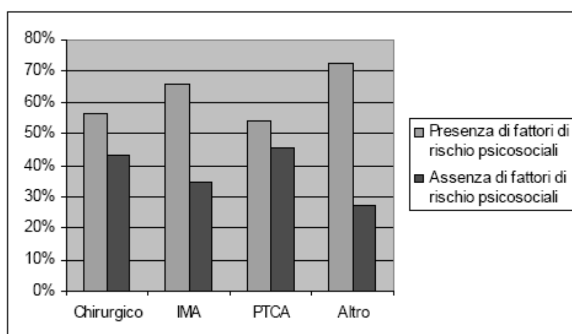


Figura 5 - Presenza di fattori di rischio psicosociali in base alle tipologie di evento (% riferite al totale dei soggetti in ogni livello di tipologia).

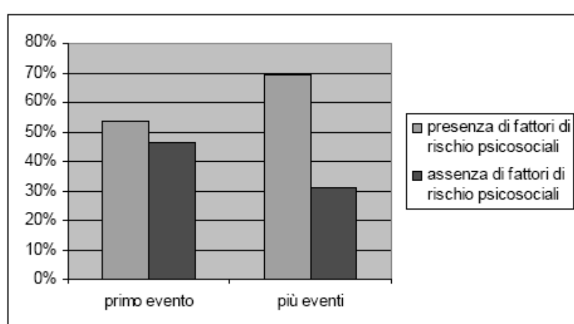


Figura 6 - Presenza di fattori di rischio psicosociali tra coloro che hanno avuto il primo evento e coloro che hanno subito più eventi (% riferite al totale dei soggetti in ogni livello di frequenza).

Appare possibile infatti che situazioni di stress possano incidere di più sull'insorgere di patologie infartuali o portare al peggioramento della malattia cardiaca in coloro che hanno già subito un evento, determinando lo sviluppo di ulteriori attacchi (Heart health, 2004).

Gli stessi fattori si distribuiscono in base al genere con una prevalenza dei biologici negli uomini e di quelli psicosociali nelle donne (Figg. 7 e 8).

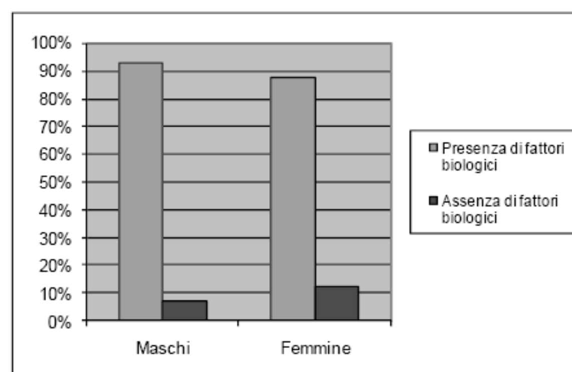


Figura 7 - Presenza di fattori di rischio biologici in base al genere (% riferite al totale dei soggetti in ogni livello del genere).

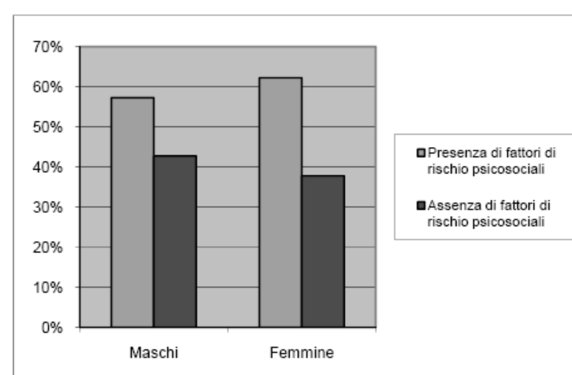


Figura 8 - Presenza di fattori di rischio psicosociali in base al genere (% riferita al totale dei soggetti in ogni livello del genere).

La differenza in base al genere risulta significativa (Fisher: $p<0.05$). Questo risultato potrebbe rispecchiare la tendenza femminile a farsi carico delle tensioni e delle preoccupazioni della famiglia e dell'ambiente che le circonda vivendo gli eventi in modo più drammatico e riportando quindi di fronte ad essi diversi carichi di stress rispetto agli uomini.

E' stata successivamente analizzata la presenza dei fattori biologici e psicosociali in base alle fasce d'età (Figg.9 e 10).

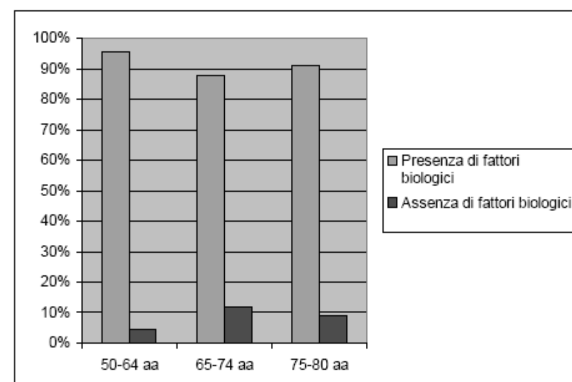


Figura 9 - Presenza di fattori di rischio biologici in base alle fasce d'età (% riferite al totale dei soggetti in ogni livello dell'età).

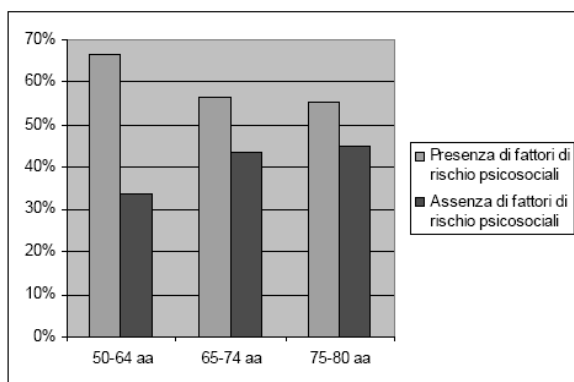


Figura 10 - Presenza di fattori di rischio psicosociali in base alle fasce d'età (% riferita al totale dei soggetti in ogni livello dell'età).

Si è visto che esistono differenze significative tra la prima fascia e le altre due per quanto riguarda la presenza sia dei fattori di rischio psicosociali che di quelli biologici, apparentemente entrambi più presenti tra le persone più giovani (Fisher: $p<0.05$).

La spiegazione di questo potrebbe risiedere nel fatto che in età giovanile la combinazione di fattori biologici e psicosociali ha un ruolo più incisivo nell'accelerare lo sviluppo della malattia cardiaca.

Nel presente studio è stata inoltre rilevata la presenza di ansia e di depressione all'interno della popolazione esaminata cercando di distinguere tali condizioni psicologiche in base al genere e alle fasce d'età. Questa analisi è stata lasciata a livello di informazione preliminare, presenta perciò un interesse soltanto descrittivo (Figg.11 e 12).

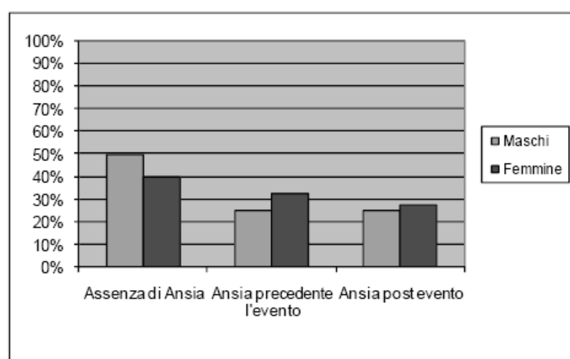


Figura 11 - Presenza di ansia in base al genere (% riferite al totale dei soggetti in ogni livello del genere).

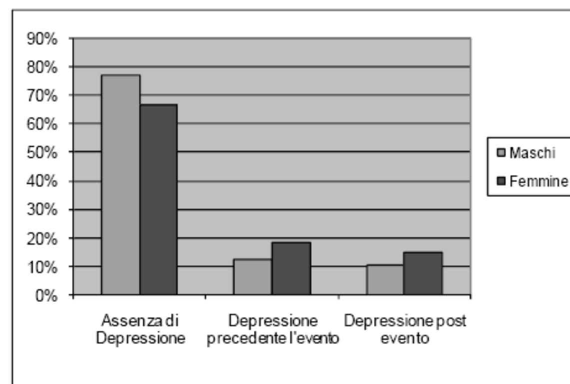


Figura 12 - Presenza di depressione in base al genere (% riferite al totale dei soggetti in ogni livello del genere).

Si è notato come sia l'ansia che la depressione siano maggiormente presenti nelle donne sia precedentemente che in seguito all'evento cardiaco.

La percentuale di soggetti che mostra note ansiose o depressive dopo l'evento, ma non prima di questo, è minore rispetto a coloro che le presentavano anche prima. Si può ipotizzare che la maggior parte delle reazioni di ansia o di depressione dopo l'evento siano dovute a tratti di personalità già esistenti indipendentemente dalla malattia cardiaca ed a modalità di coping insufficienti rispetto agli eventi stressanti.

Questo dato si accorda con quanto riportato nella letteratura e nella ricerca, in cui il ruolo della depressione e dell'ansia viene considerato eziologico nei confronti dei problemi cardiaci (Barsky, 2003; Heart health, 2004). Esse quindi vengono considerate alla stregua di fattori di rischio. Anche nelle varie fasce d'età la presenza di ansia e depressione sembra distribuirsi in modo diverso (Figg.13 e 14). L'ansia appare più presente tra le persone di età compresa fra i 50 e 64 anni (Figg. 13 e 14).

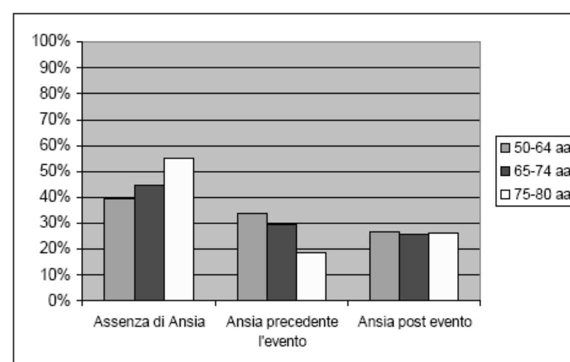


Figura 13 - Presenza di ansia in base alle fasce d'età (% riferite al totale dei soggetti in ogni livello dell'età).

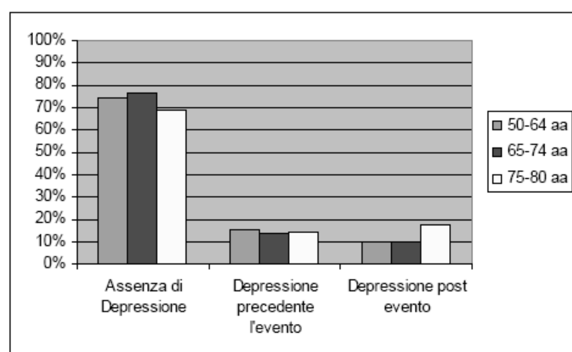


Figura 14 - Presenza di depressione in base alle fasce d'età (% riferite al totale dei soggetti in ogni livello dell'età).

Il 26,2% dei soggetti della III classe (74-80 anni) presenta ansia in risposta all'evento mentre nel 18,7% l'ansia era già presente precedentemente.

Lo stesso si verifica per la depressione: nell'ultima fascia di età il 14,2% dei soggetti mostra note depressive precedenti al ricovero, nel 17,4% le note depressive insorgono a causa della cardiopatia. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che con l'avanzare degli anni l'evento cardiaco provoca una sensazione di infelicità dovuta alla perdita di controllo sul proprio corpo e alla perdita di autonomia.

La depressione post evento sembra aumentare anche in coloro che hanno subito più eventi cardiaci rispetto a quelli che sono al primo evento (Tab. 1).

Variabile indipendente	Variabile dipendente	Test Esatto di Fisher
Genere	Negazione	<.001**
	Reazione catastrofica	<.001**
50-64 aa/75-80 aa	Negazione	.004*
Presenza di fattori psicosociali	Adattamento	.006*
	Reazione catastrofica	<.001**
Tipologia di evento	Adattamento	.005*
	Reazione catastrofica	.021*
	Negazione	.020*
Primo evento/Più eventi	Adattamento	.049*
Situazione familiare	Negazione	.004*
Genere	Presenza di fattori biologici	.012*
50-64 aa/65-74 aa	Presenza di fattori biologici	.001**
50-64 aa/75-80 aa	Presenza di fattori psicosociali	.016*
50-64 aa/65-74 aa	Presenza di fattori psicosociali	.022*
Presenza di fattori biologici	Primo evento/Più eventi	.024*
Presenza di fattori biologici	Tipologia di evento	<.001**
Presenza di fattori psicosociali	Tipologia di evento	.010*
Presenza di fattori psicosociali	Primo evento/Più eventi	<.001**

*p<.05 - ** p<.001

Tabella 1 - Risultati significativi delle variabili studiate ottenuti con il Test Esatto di Fisher.

Discussione e conclusioni

Nel presente lavoro abbiamo cercato di rilevare le caratteristiche principali e le modalità di reazione dei pazienti all'evento cardiaco. È stato un approccio di tipo esplorativo, volto a verificare ipotesi costruite durante gli anni di pratica clinica con pazienti cardiologici e approfondire le conoscenze sulle implicazioni psicologiche della malattia cardiaca per poter dirigere in maniera più efficace gli interventi di sostegno sui pazienti.

All'interno della popolazione presa in esame sono state individuate tre distinte categorie di soggetti cardiopatici, definite in termini di 'reazione' all'evento, come reazione di negazione, di adattamento e catastrofica.

Pur diversificandosi fra loro in modo sufficientemente netto, in quanto rappresentano strategie diverse di gestione dell'evento stressante, le tre reazioni evidenziate possono essere disposte in un continuum. Nel caso specifico dell'evento cardiologico, e più in generale della reazione all'evento traumatico, possiamo leggere il continuum come rappresentato da un estremo di immediatezza, in cui l'evento viene vissuto nel suo impatto realistico, ad un estremo di 'astrazione', in cui l'evento fisiologico viene mediato da una serie di costruzioni mentali e razionali che ne attenuano l'impatto emotivo.

In un certo senso, l'estremo dell'immediatezza corrisponde ad un vissuto più realistico, aderente, non-filtrato: è vero che una patologia cardiaca è un avvenimento violento, minaccioso e potenzialmente invalidante. A questo vissuto 'realistico', nel senso di una stretta adesione al reale, si sovrappongono processi ed elaborazioni mentali che spogliano l'evento degli elementi minacciosi, per cui esso diventa gestibile, riparabile, al suo estremo persino trascurabile, fino ad essere annullato come tale.

Dai dati emersi, sembrerebbe che su questo continuum la popolazione femminile si collochi sul versante del vissuto immediato e sviluppi più facilmente una reazione catastrofica, mentre gli uomini tendono a collocarsi verso l'estremità opposta, sviluppando una reazione di negazione e mostrando una maggiore propensione di astrazione dal reale.

Questo tipo di dato denoterebbe una differenza di genere rispetto alla modalità di gestione di un evento traumatico.

La reazione catastrofica appare più frequente anche nella fascia più alta di età, probabilmente perché aumenta la preoccupazione per la perdita di autosufficienza e diminuiscono le risorse psicologiche.

Sono inoltre più inclini alla reazione catastrofica i soggetti con precedenti fattori di rischio psicosociale, stressor e traumi. L'accumularsi di più fattori stressanti, in accordo con la letteratura, influenzerebbe in senso peggiorativo la reazione del soggetto.

Il ripetersi degli eventi patologici ha lo stesso effetto di potenziamento del trauma e diminuzione delle capacità di adattamento.

Il sostegno familiare e sociale rappresentano invece, sempre in accordo con la letteratura, un valido sostegno psicologico che aiuta i pazienti ad adattarsi meglio all'evento patologico. I soggetti che vivono "soli" manifestano infatti una maggiore fragilità e tendono a sviluppare una reazione catastrofica.

I fattori di rischio biologici risultano quelli prevalenti in tutto il campione, tuttavia i fattori di rischio psicosociale hanno una maggiore incidenza sul genere femminile, evidenziando ancora una diversità di genere nel farsi carico degli stressor.

Nei soggetti più giovani si ha, come si potrebbe attendere, una maggiore incidenza sia dei fattori biologici che di quelli psicosociali, che operano sinergicamente anticipando e accelerando i processi patologici.

Per ciò che riguarda i fattori di ansia e depressione, essi sono maggiormente presenti nelle donne, sia successivi all'evento che precedenti ad esso: questo naturalmente si accorda con la maggiore propensione a sviluppare una reazione di tipo catastrofico, che impedisce un'adeguata gestione di questi due fattori.

In generale, i soggetti più giovani sono più portati alla negazione, in quanto devono probabilmente reggere ritmi di vita più stressanti e maggiori responsabilità familiari e lavorative, rispetto alle quali la percezione della gravità dell'evento porterebbe ad un eccessivo sconvolgimento dell'organizzazione esistenziale e nuovi aggiustamenti.

Crediamo che, data la possibilità di un'ampia raccolta di dati tramite il centro, potrebbe essere molto utile in futuro concentrare la ricerca su aree più specifiche rispetto a quelle esplorate nel presente lavoro.

Potrebbero essere inclusi all'interno del campione i soggetti di età inferiore ai 50 anni (non considerati nell'attuale campione perché poco numerosi) per poter valutare come la malattia cardiaca incida sulle persone più giovani.

Soprattutto i fattori di ansia e depressione, che hanno rivelato la loro importanza fondamentale sia come fattori eziologici che come reazioni all'evento, potrebbero essere studiati più dettagliatamente, anche con l'ausilio della somministrazione su più larga scala di un test che ne permetta sia la quantificazione sia la valutazione della loro modificazione nel tempo, almeno nel primo mese dall'evento (retest).

Studi di follow up sarebbero utili per valutare nel tempo l'andamento delle varie categorie di reazione psicologica e la loro eventuale compresenza rispetto alle recidive.

Infine, di grande interesse sarebbe valutare le differenze di genere, che appaiono le più marcate in relazione alle categorie di reazione, rispetto alle varie fasce di età, per valutare se possa esistere una correlazione fra le modificazioni dello stile di vita della donna e le sue maggiori responsabilità in ambiti esterni alla famiglia, rispetto alla modalità di gestione degli eventi traumatici. Valutare cioè se le generazioni più giovani si spostino sul gradiente dell'adattamento, dimostrando una maggiore capacità di gestione nei confronti dell'evento stressante.

D'altra parte, non è escluso che una reazione "catastrofica" iniziale non sia alla fine quella che paga maggiormente, in quanto è quella che mette in moto le risorse del soggetto, mentre una reazione di negazione le lascia inalterate: il soggetto si limita a non rilevare l'evento, il che non consente alcun adattamento innovativo. Anche per questo sarebbero utili in futuro studi di follow-up.

Riferimenti bibliografici

Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In Schwarzer, R., editor. *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere, 3-38.

Barbaranelli, C. (2003). *Analisi dei dati. Tecniche multivariate per la ricerca psicologica e sociale.* Milano: LED Edizioni.

Barsky, A.J. (2003). Aspetti psichiatrici e comportamentali della patologia cardiovascolare. In Braunwald, E., Zipes, D.P., Libby, P., editors. *Malattie del cuore. Trattato di medicina cardiovascolare. Vol.2.* Milano: Elsevier, 2353-2371.

Bennet, P., Conway, M., Clatworthy, J., Brooke, S, Owen, R. (2001). Predicting post-traumatic symptoms in cardiac patients. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care,* 30 (6), 458-465.

Bion, W. (1973). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Roma: Armando.

Davison, G. C., Neale, J. M. (2000). *Psicologia clinica.* Bologna: Zanichelli.

Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Talajic, M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression. *Health Psychology,* 14, 388-398.

Gassner, L.A., Dunn, S., Piller, N. (2002). Patients'interpretation of the symptoms of myocardial infarction: implications for cardiac rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing,* 18 (6), 342-354.

Heart health (2004). *The effects of stress on the body, expecially the heart.* Available on line at: http:// www. ahsc.health.nb.ch/ hearthealth/stress.shtml.

House, J.S., Umberson, D., Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology* , 14, 293–318.

Kantzas, P. (1996). *Infarto del miocardio: categorie di reazione e adattamento post infartuale.* Pisa: Edizioni

ETS.

Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P.S., Weiss, S.T. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. *The Normative Aging Study. Circulation*, 90*,* 2224-2259.

Kristofferzon, M.L., Löfmark, R., Carlsson, M. (2005). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care,* 34 (1), 39-50.

Lazarus, R.(1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Piaget, J. (1975). *L'equilibrazione delle strutture cognitive*. Torino: Bollati Boringhieri.

The Italian on line Psychiatric Magazine (2006). Available on line at: http:// www. pol-it.org/ ital/scale/cap27-1.htm

Wiklund, H.S., Vedin, A., Wilhelmsson, C. (1984). Psychosocial outcome one year following a first myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research,* 28*,* 309–321.

Williams, R.B., Barefoot, J.C., Califf, R.M., Haney, T.L., Saunders, W.B., Pryor, D.B., Hlatky, M.A., Siegler, I.C., Mark, D.B. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *Journal Of The American Medical Association,* 267, 520-524.

Winnicott, D. W.(1974). Fear of breakdown. *International Review of Psyco-analysis,* 1, 103-107.

Ricevuto : 10 settembre 2008
Revisione ricevuta : 26 febbraio 2009

Giornale di Psicologia, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9558
Giornaledipsicologia.it, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9450

La misura della motivazione interna ed esterna a rispondere senza sessismo: Uno studio con la scala di Klonis, Plant e Devine

Anna Maria MANGANELLI, Andrea BOBBIO, Luigina CANOVA
Università di Padova – Dipartimento di Psicologia Generale

ABSTRACT - *The measure of internal and external motivation to respond without sexism: A study with Plant and Devine's scale in the Italian context* - The paper provides a contribution to the Italian validation of the Internal (IMS-S) and External (EMS-S) Motivation to respond without Sexism Scale (Klonis, Plant and Devine, 2005). Participants were 160 males. Data analysis led to the development of a 12-item scale. Compared to the original one, differences emerged regarding the number of items constituting the scale and the non-independence of the two dimensions. The instrument showed good psychometric properties. The correlations between the two sub-scales and the other constructs considered were consistent with research hypotheses; only EMS-S moderately correlated with social desirability. KEYWORDS: Sexism, Internal motivation, External motivation, Construct validity, Reliability.

RIASSUNTO – Questo lavoro fornisce un contributo alla validazione italiana della scala di motivazione interna (IMS-S) ed esterna (EMS-S) a rispondere senza sessismo (Klonis, Plant e Devine, 2005). Hanno partecipato alla ricerca 160 uomini. Le analisi dei dati hanno consentito di mettere a punto uno strumento di dodici item. Rispetto alla scala originale si rilevano differenze riguardanti il numero di item che la compongono e la non indipendenza delle due dimensioni. Lo strumento mostra comunque di possedere buone proprietà psicometriche. Le correlazioni delle due sub-scale con gli altri costrutti considerati sono in linea con le ipotesi; solo la scala EMS-S correla moderatamente con la desiderabilità sociale. PAROLE CHIAVE: Sessismo, Motivazione interna, Motivazione esterna, Validità di costrutto, Attendibilità.

Introduzione[1]

Negli ultimi decenni, nelle società occidentali, si sono imposte norme sociali che mettono al bando l'espressione di pregiudizi e la messa in atto di comportamenti discriminatori; contemporaneamente, anche gli atteggiamenti verso i gruppi minoritari sembrano essere meno ostili rispetto al passato, soprattutto quando rilevati mediante tecniche *self-report*. In letteratura si trovano comunque prove empiriche che mettono in luce discrepanze tra gli atteggiamenti misurati con le scale tradizionali e quelli rilevati mediante tecniche implicite. Molta importanza è stata quindi attribuita alle pressioni normative che trattengono l'individuo dall'esprimere i pregiudizi, assumendo che, in assenza di pressioni esterne, le persone si sentirebbero libere di manifestarli. I bassi livelli di pregiudizio rilevati con gli strumenti *self-report* sarebbero allora imputabili al desiderio di evitare la disapprovazione sociale; ossia il risultato di tentativi di regolazione del comportamento, a loro volta attivati da motivazioni esterne. Plant e Devine (1998) sostengono, tuttavia, che le motivazioni a non manifestare pregiudizi possono essere anche di origine interna e non considerare il ruolo di queste, semplicemente perché quelle esterne agiscono in molte situazioni, può nascondere la complessità del problema. Con "motivazione interna" Plant e Devine (1998) si riferiscono ad una motivazione prodotta dall'interiorizzazione di credenze e norme personali che sono state integrate nel sistema di valori connesso al concetto di sé. La motivazione esterna rifletterebbe, invece, una sorta di *compliance* nei confronti degli standard normativi piuttosto che una loro interiorizzazione. Poiché il risultato osservabile di entrambi i tipi di motivazione può essere simile (un basso punteggio su una scala di pregiudizio) scindere le loro influenze non è sicuramente agevole, ma non considerare l'una o l'altra fonte di motivazione è fuorviante per la comprensione del perché le persone si sforzino di non esprimere pregiudizi.

[1] Gli autori ringraziano Maria Bellan, Laura Nalin e Maria Chiara Petito che hanno collaborato alla fase di raccolta dati.

La motivazione a non manifestare il pregiudizio e la sua misura

Per isolare gli effetti dei due tipi di motivazione, in primo luogo, è necessario disporre di una misura valida e attendibile di entrambi; tale misura è stata sviluppata da Plant e Devine nel lavoro del 1998. Attraverso analisi fattoriali esplorative e confermative è stata messa a punto una scala composta di 10 item rappresentativi di due fattori non correlati. Del primo fattore sono saturi 5 item *pro-trait* che esprimono la motivazione esterna a rispondere senza pregiudizio (EMS); del secondo 5 item, di cui uno *anti-trait*, relativi alla motivazione interna (IMS). Le analisi volte a stabilire la validità della scala hanno messo in luce che IMS correla negativamente con le misure di pregiudizio, mentre EMS mostra una correlazione positiva con la *Modern Racism Scale* (McConahay, 1986). Questi risultati indicano che le persone più motivate internamente esprimono livelli di pregiudizio più bassi rispetto a quelle meno motivate; gli individui più motivati esternamente mostrano invece punteggi più alti sulle misure di pregiudizio. Relativamente al sistema valoriale è emerso che le persone più motivate internamente tendono a riportare alti punteggi di egualitarismo (*Humanitarism-Egalitarism Scale*, Katz e Hass, 1988), bassi punteggi di autoritarismo (RWA, Altemeyer, 1981) e di adesione all'etica protestante (*Protestant Ethic Scale*, Katz e Hass, 1988); EMS è invece indipendente da queste misure con l'eccezione di una debole correlazione positiva con la RWA (.13). Inoltre, solo EMS mostra deboli correlazioni positive con misure di ansia sociale (ad esempio, la *Fear of Negative Evaluation Scale*; Leary, 1983a), rivelando così di misurare un costrutto distinto da quello di ansia generalizzata per le situazioni sociali e di cogliere invece una specifica preoccupazione per l'espressione del pregiudizio. Infine, sia IMS sia EMS sono risultate indipendenti da misure di desiderabilità sociale (Crowne e Marlowe, 1960) e di auto-monitoraggio (Snyder e Gangestad, 1986).

La scala di motivazione interna ed esterna a rispondere senza pregiudizio è stata adattata al contesto italiano (Boca, Mirisola, Isgrò e Biondi, 2006; Manganelli, Canova e Bobbio, 2004, 2008) utilizzando come gruppi target del pregiudizio i marocchini (Boca et al., 2006), i gruppi minoritari in genere (Manganelli et al., 2004) e gli immigrati islamici (Manganelli et al., 2008). In tutti i casi sono emersi risultati a sostegno della struttura fattoriale della scala e un quadro di correlazioni con misure di pregiudizio, socio-politiche e di ansia sociale coerente con quello descritto da Plant e Devine (1998).

Dopo il suo sviluppo la scala è stata utilizzata per la previsione di un'ampia gamma di risposte come, ad esempio, le aspettative, le valutazioni, le reazioni emozionali dei bianchi nelle relazioni interrazziali (Crosby e Monin, 2007; Gushue, 2004; Plant, 2004; Plant e Devine, 2001). E' servita anche ad identificare chi mostrerà *bias* di regolazione efficaci nelle misure implicite ed esplicite (Amodio, Harmon-Jones e Devine, 2003; Devine, Plant, Amodio, Harmon-Jones e Vance 2002; Plant, Devine e Brazy, 2003): le persone con alti punteggi in IMS e bassi punteggi in EMS riescono a controllare maggiormente il *bias* razziale a livello implicito, mostrando una maggiore coerenza tra misure implicite ed esplicite del pregiudizio.

La scala di motivazione esterna ed interna a rispondere senza sessismo

Nel 2005 Klonis, Plant e Devine hanno sviluppato una nuova versione della scala di Plant e Devine, per studiare se le stesse motivazioni svolgono un ruolo significativo anche in altre forme di pregiudizio e, nello specifico, nel caso del sessismo.

Come per il razzismo, i cambiamenti socio-economici, normativi e legislativi hanno reso il sessismo inaccettabile nel contesto sociale e in quello legale (Swin, Aikin, Hall e Hunter, 1995; Tougas, Brown, Beaton e Joly, 1995). A causa della pressione sociale a non manifestare il sessismo, gli individui cercano di non mostrare pregiudizi verso le donne per paura della disapprovazione sociale che atteggiamenti e comportamenti sessisti potrebbero suscitare. Tuttavia, come per il pregiudizio verso i gruppi etnici, le persone possono mostrarsi non sessiste perché hanno interiorizzato norme e credenze genuinamente contrarie al sessismo. E' allora interessante studiare se i costrutti di motivazione interna ed esterna si applicano anche in questo caso.

Per certi aspetti, come sottolineano Klonis et al. (2005), sessismo e razzismo sono simili; infatti: a) sia le donne sia i membri di gruppi oggetto di pregiudizio razziale sono, o sono stati, esclusi da certi ambiti economici e politici, hanno minori opportunità di lavoro e redditi più bassi; b) in entrambi i casi è stato osservato un passaggio da forme di pregiudizio "tradizionali" dirette e manifeste a forme "moderne" più sottili e nascoste (Swin et al., 1995; Tougas et al., 1995); c) per il sessismo, come per il razzismo, sono occorsi cambiamenti

normativi e legislativi che ne vietano l'espressione. Esistono anche importanti differenze: a) è possibile che le norme sociali che scoraggiano il sessismo siano meno potenti di quelle che scoraggiano il razzismo e di conseguenza la motivazione esterna a rispondere senza sessismo potrebbe essere meno forte; b) nei confronti delle donne esistono anche atteggiamenti e stereotipi positivi che possono agire sulla motivazione interna a non manifestare il sessismo. Il pregiudizio di genere, infatti, differisce da altri tipi di pregiudizio per essere caratterizzato da emozioni e atteggiamenti positivi e negativi (Glick e Fiske, 1996) e non dalla sola antipatia o ostilità. Per molti aspetti le donne sono valutate più positivamente degli uomini (Glick et al., 2004; Manganelli Rattazzi, Volpato e Canova, 2008) e le persone che condividono immagini positive delle donne possono non considerarsi sessiste; pertanto è improbabile che essere non sessisti sia uno standard personale importante per questi individui.

Il lavoro di Klonis et al. (2005) si articola in tre fasi: a) costruzione della scala; b) esame delle relazioni con altre misure *self-report*; c) esame della validità predittiva. Per la costruzione della scala gli autori hanno adattato i 10 item delle scale IMS ed EMS di Plant e Devine (1998), sostituendo l'espressione "pregiudizio verso i neri" con l'espressione "sessismo verso le donne"; hanno inoltre formulato 10 nuovi item, 5 per la motivazione interna e 5 per quella esterna, riguardanti temi più pertinenti al sessismo (si veda l'Appendice). La scala di risposta era a 9 punti (da 9 = fortemente d'accordo a 1 = fortemente in disaccordo) e i soggetti dei tre studi erano studenti maschi di psicologia. I risultati di analisi fattoriali esplorative e confermative, condotte su due diversi gruppi di soggetti, hanno indicato come più adeguata una soluzione bidimensionale con 14 item (7 per ogni subscala), comprendenti i 10 item adattati dalla scala di Plant e Devine (1998). Analisi successive, volte a migliorare ulteriormente l'adattamento ai dati del modello fattoriale, hanno portato ad individuare uno strumento composto dei soli 10 item derivati dalle scale IMS ed EMS.

Le due subscale, da ora denominate IMS-S (*Internal Motivation Scale to respond without Sexism*) ed EMS-S (*External Motivation Scale to respond without Sexism*), sono indipendenti (le correlazioni tra i due fattori sono pari a -.05 e -.01) e sufficientemente attendibili (alpha da .78 a .84). L'indipendenza delle due sub-scale indica che IMS-S ed EMS-S rilevano due fonti distinte di motivazione e che le persone possono essere motivate soprattutto da ragioni interne, soprattutto da ragioni esterne, da entrambi i tipi di ragioni o da nessuna delle due.

Il passo successivo, volto a stabilire la validità delle due misure, è stato quello di esplorare le loro relazioni con altri strumenti *self-report*. Sono state utilizzate scale di sessismo moderno: la *Modern Sexism Scale* (Swim et al., 1995) e la *Neosexism Scale* (Tougas et al., 1995). E'stata utilizzata anche *l'Ambivalent Sexism Inventory* (ASI, Glick e Fiske, 1996). Glick e Fiske (1996, 2001) considerano il sessismo un'ideologia multisfaccettata in cui coesistono credenze ostili e benevole. L'ASI è infatti composta di due sub-scale, che mirano a rilevare rispettivamente il sessismo benevolo (*Benevolent Sexism*, BS) e il sessismo ostile (*Hostile Sexism*, HS). Il primo si esprime in atteggiamenti protettivi e paternalistici nei confronti delle donne ed implica valutazioni positive di queste, soprattutto quando ricoprono ruoli femminili tradizionali. Il sessismo ostile si manifesta invece in atteggiamenti antagonisti e si esprime in particolare nei confronti delle donne che cercano di fare carriera nel lavoro e ambiscono a ricoprire ruoli tipicamente maschili.

Come nello studio di Plant e Devine (1998), sono state usate anche misure di paura per la valutazione sociale: *Fear of Negative Evaluation* (Leary, 1983a), *Interaction Anxiety Scale* (Leary, 1983b), *Public Self-Consciusness Scale* (Fenigstein, Scheir e Buss, 1975); misure di auto-monitoraggio: *Self-Monitoring Scale* (Snyder, 1974); e di desiderabilità sociale (Crowne e Marlowe, 1960). Infine fu analizzata la relazione con le scale di motivazione interna ed esterna a non esprimere il pregiudizio verso i neri.

I risultati hanno messo in luce, per le due scale, un diverso quadro di correlazioni. In linea con le ipotesi, IMS-S è associata a bassi livelli di sessismo moderno (*Modern Sexism Scale* e *Neosexism Scale*) e di sessismo ostile (HS); EMS-S è invece moderatamente associata con alti livelli di sessismo moderno e con la scala di sessismo ostile. La scala di sessismo benevolo dell'ASI è indipendente dalle due scale di motivazione. Le misure della preoccupazione per la valutazione sociale sono positivamente correlate con la motivazione esterna a rispondere senza sessismo, tuttavia le correlazioni non elevate (comprese tra .39 e .23) indicano che EMS-S non misura meramente una paura generalizzata per le valutazioni degli altri. Le correlazioni con la scala di auto-monitoraggio non sono significative. Relativamente alla desiderabilità sociale, è emersa solo una debole correlazione negativa con IMS-S. Infine, è risultato che la scala di motivazione interna a rispondere senza pregiudizio (IMS) e quella di motivazione interna a rispondere

senza sessismo (IMS-S) sono correlate; la stessa cosa vale per le due scale di motivazione esterna (EMS e EMS-S). L'entità delle correlazioni, rispettivamente .56 e .64, fa tuttavia concludere agli autori che non ci si trova di fronte a misure ridondanti.

Nell'ultima fase dello studio, al fine di valutare la validità predittiva della scala, gli autori hanno realizzato un esperimento per stabilire il grado in cui le due fonti di motivazione a rispondere senza sessismo influenzino le risposte dei soggetti in situazioni in cui il sessismo è incoraggiato o scoraggiato. I risultati indicano che i soggetti con alta motivazione interna non manifestano sessismo anche in presenza di situazioni che lo incoraggiano, mentre quelli con alta motivazione esterna non manifestano sessismo solo nelle situazioni che lo scoraggiano.

In conclusione, lo strumento messo a punto da Klonis et al. (2005) ha mostrato di essere valido e attendibile e può essere utile per approfondire la comprensione di come le diverse fonti di motivazione a non manifestare il sessismo operano in modo indipendente o congiunto nell'espressione dei *bias* di genere.

Obiettivi e ipotesi

Questo lavoro si propone di fornire un contributo all'adattamento italiano della scala di motivazione interna ed esterna a rispondere senza sessismo. Si ipotizza, in primo luogo, di non falsificare la struttura bidimensionale della scala, sia nella sua forma estesa (20 item) sia nella sua forma ridotta (10 item), più aderente come abbiamo visto alla scala di motivazione interna ed esterna a rispondere senza pregiudizio. Per valutarne la validità vengono studiate le relazioni con il sessismo. A tal fine è stata impiegata la scala di sessismo ambivalente ASI (*Ambivalent Sexism Scale*, Glick e Fiske, 1996; Glick et al., 2004) nell'adattamento italiano di Manganelli Rattazzi et al. (2008). Basandosi sui risultati di Klonis et al. (2005), si ipotizza che la scala IMS-S correli negativamente con il sessismo ostile, mentre la scala EMS-S dovrebbe correlare positivamente con la stessa forma di sessismo. Infatti, coloro che hanno atteggiamenti ostili verso le donne potrebbero essere indotti a non manifestare tali atteggiamenti in situazioni pubbliche per non contravvenire a regole sociali, ma possono sentirsi liberi di esprimerli in condizioni di anonimato. Le due forme di motivazione dovrebbero invece essere indipendenti dal sessismo benevolo; questo infatti non è percepito come un atteggiamento negativo verso le donne in quanto ne esalta alcune qualità.

Lo studio considera anche l'orientamento alla dominanza sociale (*Social Dominance Orientation*, SDO; Sidanius e Pratto, 1999). Questo costrutto non è stato incluso da Klonis et al. (2005), ma abbiamo ritenuto interessante introdurlo in quanto, essendo radicato nel bisogno di mantenere la gerarchia dei gruppi e l'ineguaglianza sociale, può collegarsi all'espressione del sessismo. Christopher e Mull (2006) hanno mostrato, ad esempio, che l'SDO è un predittore più forte del sessismo ostile che di quello benevolo. Relativamente a questo costrutto ci aspettiamo una correlazione negativa con la motivazione interna a rispondere senza sessismo e una correlazione positiva con quella esterna.

Viene esaminata anche la relazione con una misura di atteggiamento verso le donne manager, ipotizzando che un atteggiamento positivo sia associato con un'alta motivazione interna.

Infine, si analizza la relazione delle due scale di motivazione con la desiderabilità sociale. Per la misura della tendenza a dare risposte socialmente desiderabili abbiamo impiegato una forma breve della scala di Paulhus (1991) (*Balanced Inventory of Desiderable Responding*, BIDR6), messa a punto per il contesto italiano da Bobbio e Manganelli (2008). Sia la scala originale (40 item) sia la versione breve (16 item) rilevano due dimensioni. La prima, denominata *Impression Management* (IM), riguarda la propensione ad adottare strategie di presentazione del sé che servono a mimetizzare i propri stati interni per presentarsi sotto una luce favorevole; la seconda, *Self-Deceptive Enhacement* (SDE), rileva la tendenza a percepirsi in maniera favorevole al fine di proteggere la propria autostima. Ci aspettiamo che entrambe le scale di motivazione a rispondere senza sessismo siano indipendenti dalla desiderabilità sociale o solo moderatamente correlate con questa.

Metodo

Partecipanti

Hanno preso parte alla ricerca 160 adulti lavoratori di nazionalità italiana. Seguendo Klonis et al. (2005) abbiamo somministrato la scala di motivazione a rispondere senza sessismo solo agli uomini. Tale scelta è coerente con l'impianto delle ricerche precedenti sulle motivazioni a non esprimere il pregiudizio dove queste sono state studiate solo relativamente al pregiudizio nei confronti di un

gruppo diverso da quello di appartenenza. I 160 uomini contattati sono tutti lavoratori con un'età compresa tra 19 e 62 anni (M = 38.02, d.s. = 10.52). L'88.7% risiede nel Nord-est; la maggior parte è in possesso di un diploma di scuola superiore (55.6%) oppure di una laurea (41.3%). Per quanto concerne la posizione lavorativa, il 63.1% sono lavoratori dipendenti, il 25.6% sono autonomi, l'11.3% atipici. La maggioranza (51.9%) lavora da più di 10 anni.

STRUMENTO

Abbiamo utilizzato un questionario contenente le misure descritte di seguito.

Scala di motivazione interna (IMS-S) ed esterna (EMS-S) a rispondere senza sessismo. Nel questionario i 20 item della scala, che abbiamo tradotto e adattato al contesto italiano, erano preceduti da una breve presentazione messa a punto parafrasando quella utilizzata da Plant e Devine (1998) (si veda l'Appendice). Nell'adattare gli item abbiamo preferito sostituire il termine "sessismo" con espressioni come "avere pregiudizi sulle donne". In un pre-test, volto a controllare la comprensibilità degli item e condotto su 10 adulti con caratteristiche socio-demografiche simili a quelle dei partecipanti alla ricerca, abbiamo infatti rilevato che il termine "sessismo" non era sempre di immediata comprensione per tutti gli intervistati. Rispetto al lavoro di Klonis et al. (2005) abbiamo anche modificato la scala di risposta. Dato che gli item presentano tutti descrizioni del proprio modo di essere o comportarsi, abbiamo chiesto di valutare la corrispondenza fra quanto espresso dall'item e il proprio modo di pensare e di comportarsi. La scala di risposta era a 5 punti: da 1 = non corrisponde per nulla al modo in cui penso e mi comporto, a 5 = corrisponde del tutto.

Scala di sessismo ambivalente (ASI). Abbiamo utilizzato la versione italiana della scala ASI (Glick e Fiske, 1996) messa a punto da Manganelli Rattazzi et al. (2008). La scala è composta di 22 item, di cui 11 misurano il sessismo ostile (ad esempio: "Le donne cercano di acquisire potere tenendo a freno gli uomini") e 11 quello benevolo (ad esempio: "Le donne tendono ad avere una maggiore sensibilità morale rispetto agli uomini"). La scala di risposta è a 6 punti: da 0 = fortemente in disaccordo, a 5 = fortemente d'accordo, senza punto neutro.

Orientamento alla dominanza sociale (SDO). Abbiamo utilizzato la scala di Sidanius e Pratto (1999) a 16 item, nella versione italiana di Aiello, Chirumbolo, Leone e Pratto (2005), con scala di risposta settenaria, da 1 = fortemente in disaccordo a 7 = fortemente d'accordo.

Desiderabilità sociale. La scala usata è una forma breve della BIDR6 di Paulhus (Bobbio e Manganelli, 2008) , composta di 8 item che rilevano l'*Impression Management* (IM) (ad esempio: "A volte mento, se devo farlo") e 8 che rilevano il *Self-Deceptive Enhacement* (SDE) (ad esempio: "La prima impressione che ho sulla gente di solito si rivela corretta"). I partecipanti dovevano valutare il grado in cui ogni affermazione era vera o falsa se riferita a se stessi, utilizzando una scala da 1 = assolutamente falso a 6 = assolutamente vero, senza punto neutro.

Atteggiamento verso le donne manager. E' stato rilevato con una sola domanda tratta da Bhatnagar e Swamy (1995) che chiedeva di esprimere un giudizio sulle donne manager utilizzando una scala di risposta a 11 punti in cui erano etichettati gli estremi, da –5 (gli uomini sono molto superiori alle donne come manager) a +5 (le donne sono molto superiori agli uomini come manager), e il punto centrale (0 = le donne sono validi manager come gli uomini).

Il questionario era presentato ai partecipanti come parte di una ricerca su esperienze, opinioni e atteggiamenti nei confronti delle donne manager; è stato consegnato individualmente sui luoghi di lavoro e quindi ritirato dopo la compilazione, che avveniva in modo autonomo e su base volontaria. Una volta riconsegnato il questionario ogni partecipante veniva brevemente informato circa gli scopi dello studio.

Risultati

LA STRUTTURA FATTORIALE DELLA SCALA DI MOTIVAZIONE INTERNA ED ESTERNA A CONTROLLARE IL SESSISMO

Con l'ausilio del pacchetto PRELIS 2.71 abbiamo preliminarmente testato il rispetto delle assunzioni circa la normalità delle distribuzioni univariate e multivariate degli item della scale di motivazione. I valori di asimmetria, con pochissime eccezioni (tre item, valore max=1.22), sono compresi tra +1 e –1; quelli di curtosi indicano violazioni dell'assunzione di normalità in un solo caso (1.94). Il test di Mardia (1970) per quanto riguarda la *relative multivariate kurtosis* non è significativo (Z = 1.10, n.s.); sono invece significativi i valori dei test riguardanti l'asimmetria (Z = 15.55, p <.0001) e la curtosi (Z = 7.35, p <. 0001) multivariate. Poiché

alcuni di questi dati indicano che l'assunzione di normalità multivariata non è rispettata, abbiamo utilizzato per l'analisi fattoriale confermativa la procedura *maximun likehood* con la correzione di Satorra-Bentler per il test del χ^2 e gli errori standard.

E' stato testato l'adattamento ai dati di tre modelli: monofattoriale, con due fattori indipendenti e con due fattori correlati. La bontà dell'adattamento ai dati è stata valutata mediante il test del χ^2 e altri indici: RMSEA (*Roots Mean Square Error of Approximati*on), SRMR (*Standardized Root Mean Square of Residual*), CFI (*Comparative Fit Index)*. Per RMSEA e SRMR abbiamo considerato accettabili valori inferiori o uguali a .06 e .08, rispettivamente, per il CFI valori uguali o superiori a .95 (Hu e Bentler, 1999).

L'adattamento del modello monofattoriale (Tabella 1) è scadente. L'adattamento del modello a due fattori indipendenti e quello del modello a due fattori correlati sono migliori, ma non del tutto soddisfacenti.

Tabella 1. Indici di bontà dell'adattamento dei modelli fattoriali

Modello	N. item	*Satorra-Bentler scaled* χ^2	g.l.	$p \cong$	RMSEA	CFI	SRMR
Monofattoriale	20	632.56	170	.000	.13	.88	.13
Bifattoriale con fattori indipendenti	20	322.21	170	.000	.07	.96	.19
Bifattoriale con fattori correlati	20	311.66	169	.000	.07	.96	.12
Monofattoriale	12	242.33	54	.000	.15	.90	.13
Bifattoriale con fattori indipendenti	12	95.25	54	.000	.07	.98	.20
Bifattoriale con fattori correlati	12	75.37	53	.023	.05	.99	.06

Tabella 2. Saturazioni fattoriali (λ_x) standardizzate della scala con 12 item e due fattori correlati

Item	IMS-S_6	EMS-S_6
3. Quello in cui credo, le mie idee e i miei valori, mi portano a non avere pregiudizi sulle donne.	.51	
6. Essere una persona che non ha pregiudizi sulle donne è importante per l'idea che ho di me stesso.	.42	
7. Secondo la mia personale opinione, le donne hanno lo stesso diritto degli uomini di occupare ruoli di leadership.	.78	
9. Io personalmente ritengo che le donne dovrebbero poter far carriera in ambiti professionali tradizionalmente maschili, senza alcuna opposizione da parte della società.	.63	
12. Sostengo la parità tra i sessi e i diritti delle donne perché, personalmente, ritengo che siano cose importanti.	.68	
13. In base alle mie convinzioni personali ritengo che sia sbagliato avere pregiudizi sulle donne.	.79	
4. Al fine di evitare reazioni negative da parte degli altri, tento di nascondere qualsiasi pensiero negativo sulle donne.		.76
8. Cerco di trattare uomini e donne come uguali, perché ho paura che se non lo facessi gli altri potrebbero irritarsi con me.		.77
11. Avrei paura delle reazioni negative degli altri se mi capitasse di comportarmi con pregiudizio nei confronti delle donne.		.69
14. Al fine di evitare la disapprovazione degli altri, mi sforzo di apparire come una persona che non ha pregiudizi sulle donne.		.92
17. Per paura della disapprovazione degli altri, sostengo pubblicamente che le donne dovrebbero poter far carriera negli ambiti professionali tradizionalmente maschili.		.84
19. A causa della pressione sociale, cerco di non far vedere che io penso che le donne siano più adatte ai ruoli femminili tradizionali.		.83

Legenda. La numerazione degli item indica l'ordine di presentazione nel questionario.

Si è quindi proceduto a migliorare il modello seguendo i suggerimenti riportati in letteratura (Byrne, 1998). Abbiamo esaminato i residui standardizzati e gli indici di modifica e abbiamo eliminato uno alla volta gli item risultati problematici, testando di volta in volta un nuovo modello. La forma considerata definitiva presenta 12 item, 6 per la motivazione interna e 6 per quella esterna, e due fattori correlati. Le saturazioni sono tutte significative (Tabella 2) e l'adattamento è soddisfacente (Tabella 1), migliore anche in questo caso di quelli del modello monofattoriale e del modello con due fattori indipendenti.

Tre item della scala di motivazione interna (3, 6, 13) derivano dall'adattamento al caso del sessismo di item tratti dalla scala di motivazione interna a non manifestare il pregiudizio; gli altri tre sono item formulati appositamente per il caso del sessismo (7, 9, 12) e riguardano tematiche più specifiche come i ruoli lavorativi e la parità tra i sessi. Anche nel caso della motivazione esterna troviamo tre item (4, 11,14) derivati dall'adattamento di analoghi item della scala di motivazione esterna a non manifestare il pregiudizio ed altri tre (8, 17, 19) riguardanti i ruoli di genere e la parità tra i sessi. I due fattori risultano correlati (ϕ = –.55), benché distinti. Quindi, se da un lato, risulta pienamente confermata la struttura bidimensionale della scala, dall'altro non trova sostegno l'indipendenza delle due dimensioni.

Per quanto riguarda l'attendibilità, le due dimensioni mostrano una buona coerenza interna: α = .75 per IMS-S_6, α = .88, per EMS-S_6.

In analogia con quanto riportato da Klonis et al. (2005), abbiamo testato anche l'adattamento ai dati di un modello con due fattori e come indicatori i 10 item derivati dall'adattamento al caso sessismo degli item delle scale di motivazione a rispondere senza pregiudizio. Di nuovo l'adattamento migliore è quello del modello bifattoriale con fattori correlati, ma gli indici non raggiungono i livelli ritenuti adeguati: *Satorra-Bentler scaled* χ^2 (34) = 95.63, $p \cong$ .000, RMSEA = .11, CFI = .94, SRMR = .11. Tutte le saturazioni sono comunque significative, i due fattori sono correlati (ϕ = .57) e l'attendibilità è sufficiente: α = .64 per IMS-S_5, α = .80 per EMS-S_5.

I PUNTEGGI COMPOSITI E LE CORRELAZIONI

Relativamente alle altre scale di misura contenute nel questionario, abbiamo provveduto a valutarne l'attendibilità mediante il calcolo del coefficiente alpha di Cronbach. In Tabella 3 sono riportati tali valori insieme ai punteggi compositi di tutte le misure. L'attendibilità è sempre soddisfacente.

L'esame delle statistiche descrittive rivela che i partecipanti sono moderatamente sessisti: sia per il sessismo ostile sia per quello benevolo i punteggi medi sono superiori al punto centrale teorico della scala di risposta (2.5). Non sono orientati alla dominanza sociale (punto centrale = 4), sono internamente motivati a rispondere senza sessismo (il punteggio medio è superiore al punto centrale della scala di risposta = 3) mentre non sono motivati esternamente. Sembra quindi che abbiano interiorizzato le norme, tipiche delle società occidentali, relativamente all'espressione del sessismo. Coerentemente con ciò ritengono che le donne possano essere dei validi manager come gli uomini. Mostrano una certa tendenza a dare risposte socialmente desiderabili per proteggere la propria autostima (punto centrale teorico = 3.5).

Tabella 3. Attendibilità e statistiche descrittive

Scala	Alpha	Media (d.s.)
Sessismo ostile (HS)	.83	2.78* (0.81)
Sessismo benevolo (BS)	.74	2.67* (0.73)
Orientamento alla dominanza sociale (SDO)	.86	3.15* (0.90)
Motivazione interna (IMS-S_6)	.75	3.97* (0.67)
Motivazione esterna (EMS-S_6)	.88	2.09* (0.92)
Atteggiamento verso le donne manager	---	.15 (1.22)
Desiderabilità sociale - SDE	.69	3.96* (0.76)
Desiderabilità sociale - IM	.71	3.57 (0.86)

* Il punteggio medio è diverso dal punto centrale della scala di risposta con p < .006.

Tabella 4. Correlazioni tra IMS-S_6 e EMS-S_6 e gli altri costrutti

Scala	IMS-S_6	EMS-S_6	IMS-S_6 Parzializzando EMS-S_6	EMS-S_6 Parzializzando IMS-S_6
Sessimo ostile (HS)	-.249**	.303**	-.170*	.194*
Sessismo benevolo (BS)	.216 **	-.054	.224**	.067
Orientamento alla dominanza sociale (SDO)	-.443*	.281**	-.373***	.177*
Atteggiamento verso le donne manager	.209**	-.048	.259**	.104
Desiderabilità sociale - SDE	.008	.323**	.119	.332***
Desiderabilità sociale - IM	-.141	.254**	-.059	.205**

* $p < .05$ ** $p < .01$

Legenda. I coefficienti di correlazione che interessano EMS-S_6 e l'atteggiamento verso le donne manager sono *rho* di Spearman. Tutti i restanti, sia di ordine zero sia parziali, sono *r* di Pearson.

Il test non parametrico di Kolmogorov-Smirnov ha indicato che tutte le distribuzioni dei punteggi, eccetto quelle di EMS-S_6 ($Z = 1.49$, $p < .03$) e dell'item singolo di atteggiamento verso le donne manager ($Z = 4.33$, $p < .0001$), non si discostano significativamente dalla distribuzione normale. Date queste premesse abbiamo calcolato le correlazioni tra la scala di motivazione interna a rispondere senza sessismo e le altre misure (eccetto l'item singolo) utilizzando il coefficiente di correlazione di Pearson. Le correlazioni tra EMS-S_6 e le altre scale e quelle che implicano l'item di atteggiamento verso le donne manager sono state calcolate con il coefficiente *rho* di Spearman (Tabella 4).

Le persone internamente motivate a rispondere in modo non sessista manifestano bassi livelli di sessismo ostile e di orientamento alla dominanza sociale e hanno un atteggiamento positivo verso le donne manager. Diversamente da quanto riportato da Klonis et al. (2005), abbiamo trovato anche una correlazione positiva tra IMS-S_6 e il sessismo benevolo, la quale indica che questa forma di sessismo non è riconosciuta dai nostri soggetti come discriminatoria e negativa nei confronti delle donne. Anzi, più forte è la motivazione interna a rispondere senza pregiudizi verso le donne e più si tende a condividere le tipiche espressioni del paternalismo maschile nei rapporti tra i sessi. Va tuttavia notato che la correlazione è moderata. Le persone più motivate esternamente a rispondere in modo non sessista, come atteso, presentano livelli più elevati di sessismo ostile e sono più orientate alla dominanza sociale. Ciò può esser dovuto al fatto che queste persone tendono a regolare meno le loro risposte quando possono esprimerle in modo anonimo, come in questo caso in cui la compilazione del questionario avveniva autonomamente. Infine, la motivazione esterna è indipendente dal sessismo benevolo e dall'atteggiamento verso le donne manager.

Per quanto riguarda la desiderabilità sociale, si rileva che la motivazione interna è del tutto indipendente da questo *bias*, mentre la motivazione esterna può accompagnarsi a questa più generale tendenza a presentarsi sotto una luce favorevole.

Tutte le correlazioni sono state calcolate anche utilizzando il coefficiente di Pearson. Il quadro complessivo resta immutato. Inoltre, data la correlazione tra le due scale di motivazione a rispondere senza sessismo abbiamo calcolato le correzioni tra IMS-S_6, EMS-S_6 e le altre misure parzializzando nel primo caso il contributo di EMS-S_6 e nel secondo quello di IMS-S_6. Di nuovo i risultati confermano il quadro delle correlazioni già descritto.

Conclusioni

I risultati delle analisi fattoriali confermative sostengono l'ipotesi sull'esistenza di due fonti di motivazione a rispondere senza sessismo. La soluzione a due fattori correlati è infatti quella che mostra l'adattamento migliore ai dati. Emerge comunque, a questo proposito, un'importante differenza tra i nostri risultati e quelli di Klonis et al. (2005) i quali, rilevando l'indipendenza dei due fattori, affermano che si può rispondere senza sessismo per motivazioni interne, per motivazioni esterne, per entrambe o per nessuna delle due. Nel nostro caso, sembra invece che chi risponde senza sessismo perché ha interiorizzato standard normativi e valori non sessisti tenda a non risentire molto delle pressioni in questo senso provenienti dall'ambiente

sociale, e viceversa. Le due dimensioni, benché correlate, sono comunque distinte.

Un'altra importante differenza rispetto ai risultati di Klonis e collaboratori riguarda gli item che compongono la scala che abbiamo considerato definitiva. Nel nostro caso, solo sei dei dieci item derivati dall'adattamento dello strumento originario sul pregiudizio entrano a comporre la nuova scala; gli altri sei item riguardano i diritti delle donne e i loro ruoli lavorativi. Inoltre, la forma con i dieci item derivati da quelli sul pregiudizio mostra un adattamento ai dati non soddisfacente. Le ragioni di questo risultato possono essere diverse. In primo luogo, i partecipanti degli studi di Klonis e collaboratori erano tutti studenti di psicologia, nella nostra ricerca sono adulti lavoratori e per questi la salienza delle tematiche relative ai ruoli di genere, in particolare quelli legati all'ambito lavorativo, può essere stata maggiore. In secondo luogo, sebbene sia stata dedicata molta attenzione all'adattamento degli item al contesto italiano, è noto che le traduzioni letterali possano a volte fallire nel tentativo di cogliere il medesimo contenuto psicologico espresso dall'originale (Van de Vijver e Hambleton,1996). Infine, i cambiamenti che abbiamo deciso di operare per la scala di risposta (da 9 punti a 5 punti) e per le relative etichette verbali (da accordo/disaccordo a corrispondenza/non corrispondenza con il proprio modo di pensare e comportarsi), suggeriscono di essere cauti nella comparazione dei risultati. Ulteriori ricerche potranno chiarire meglio questi aspetti.

Risultano confermate le relazioni messe in luce dal lavoro di Klonis e collaboratori tra le scale di motivazione e il sessismo con l'eccezione di quella che riguarda il sessismo benevolo e la scala di motivazione interna. Ricordiamo che il sessismo benevolo si esprime in atteggiamenti protettivi e paternalistici nei confronti delle donne e quindi può essere accettato anche da uomini che, pur avendo interiorizzato norme e valori contrari al pregiudizio verso le donne, non riconoscono in tali espressioni "benevole" una forma di sessismo.

La relazione con l'orientamento alla dominanza sociale va nella direzione attesa: un'alta motivazione interna a non manifestare il pregiudizio verso le donne si associa ad un rifiuto più netto delle disuguaglianze tra i gruppi e dell'organizzazione gerarchica di questi; al contrario, l'adesione agli standard non sessisti, indotta dalla pressione sociale, si associa ad un rifiuto meno netto, o addirittura ad una preferenza, per tali caratteristiche dei rapporti tra gruppi sociali.

Per quanto riguarda la desiderabilità sociale, è importante aver mostrato che la scala di motivazione interna è indipendente da tale *bias*: dichiarare di non avere pregiudizi verso le donne perché ciò è importante per se stessi, non è un effetto del desiderio di presentarsi in modo positivo. La scala di motivazione esterna risente di più degli effetti di questo *bias*, anche se le correlazioni sono moderate, in quanto condivide con esso la tendenza ad assecondare gli standard normativi correnti.

In conclusione, possiamo affermare che la scala ha dato prove di essere valida e attendibile. Anche se ulteriori ricerche potranno essere necessarie per ampliarne la validazione, fin da ora può essere impiegata per la selezione dei partecipanti in studi volti ad approfondire l'espressione e l'analisi dei *bias* di genere.

Appendice: La scala di rilevazione

Le affermazioni sotto riportate descrivono alcuni motivi per cui le persone possono tentare di comportarsi o rispondere senza pregiudizio nei confronti delle donne. Alcune di esse si riferiscono a motivazioni cosiddette "interne", ossia personali ed individuali, mentre altre a motivazioni "esterne", ossia riconducibili all'ambiente sociale, alle regole e alle pressioni, più o meno esplicite, che questo può eventualmente esercitare nei confronti degli individui. Naturalmente, tutti noi possiamo essere motivati sia da fattori interni che esterni, a seconda delle situazioni in cui ci troviamo: per questo motivo, nessuno dei due può essere considerato, a priori, migliore dell'altro. Lo scopo che ci prefiggiamo è di comprenderli meglio entrambi. La preghiamo pertanto di rispondere con la massima sincerità.

Le chiediamo di indicare, per ognuna delle affermazioni proposte, in che grado corrisponde al Suo modo di pensare e di comportarsi, contrassegnando con una crocetta uno dei numeri della scala di risposta che le accompagna.

1) Personalmente, ritengo che avere pregiudizi sulle donne sia giusto. (I) (*) (R)

2) Per rispettare le attuali norme di correttezza nei rapporti sociali, cerco di apparire come una persona che non ha pregiudizi sulle donne. (E) (*)

3) Quello in cui credo, le mie idee e i miei valori, mi portano a non avere pregiudizi sulle donne. (I) (*)

4) Al fine di evitare reazioni negative da parte degli altri, tento di nascondere qualsiasi pensiero negativo sulle donne. (E) (*)

5) Sostengo i diritti delle donne e la parità tra i sessi perché sento di doverlo fare, date le odierne regole di correttezza nei rapporti sociali. (E)

6) Essere una persona che non ha pregiudizi sulle donne è importante per l'idea che ho di me stesso. (I) (*)

7) Secondo le mia personale opinione, le donne hanno lo stesso diritto degli uomini di occupare ruoli di leadership. (I)

8) Cerco di trattare uomini e donne come uguali, perché ho paura che, se non lo facessi, gli altri potrebbero irritarsi con me. (E)

9) Io personalmente ritengo che le donne dovrebbero poter far carriera in ambiti professionali tradizionalmente maschili, senza alcuna opposizione da parte della società. (I)

10) Non faccio battute sulle donne con persone che potrebbero pensare che io abbia pregiudizi su di loro. (E)

11) Avrei paura delle reazioni negative degli altri se mi capitasse di comportarmi con pregiudizio nei riguardi delle donne. (E) (*)

12) Sostengo la parità tra i sessi e i diritti delle donne perché, personalmente, ritengo che siano cose importanti. (I)

13) In base alle mie convinzioni personali, ritengo che sia sbagliato avere pregiudizi sulle donne. (I) (*)

14) Al fine di evitare la disapprovazione degli altri, mi sforzo di apparire come una persona che non ha pregiudizi sulle donne. (E) (*)

15) Secondo il mio personale modo di vedere, in campo sessuale le donne dovrebbero avere la stessa libertà degli uomini. (I)

16) A causa della pressione degli altri, cerco di comportarmi senza pregiudizi nei confronti delle donne. (E) (*)

17) Per paura della disapprovazione degli altri, sostengo pubblicamente che le donne dovrebbero poter fare carriera negli ambiti professionali tradizionalmente maschili. (E)

18) Cerco di comportarmi senza pregiudizi nei confronti delle donne, perché lo ritengo personalmente importante. (I) (*)

19) A causa della pressione sociale, cerco di non far vedere che io penso che le donne siano più adatte ai ruoli femminili tradizionali. (E)

20) Per me è molto importante che gli altri siano a conoscenza della mia convinzione che le donne, quando occupano posizioni lavorative di alto livello, sono capaci tanto quanto gli uomini. (I)

Legenda - (I) = item di motivazione interna a rispondere senza sessismo; (E) = item di motivazione esterna a rispondere senza sessismo; (*) = item adattato dalla scala di motivazione a rispondere senza pregiudizio; (R) = item il cui punteggio deve essere invertito. La numerazione degli item indica l'ordine di presentazione nel questionario.

Riferimenti bibliografici

Aiello, A., Chirumbolo, A., Leone, L., Pratto, F. (2005). Uno studio di adattamento e validazione della scala di orientamento/tendenza alla dominanza sociale. *Rassegna di Psicologia*, 3, 24-36.

Altemeyer, B. (1981). *Right-wing authoritarianism*. Winnipeg, Canada: University of Manitoba Press.

Amodio, D.M., Harmon-Jones, E., Devine, P.G. (2003). Individual differences in the activation and control of affective race bias as assessed by startle eyeblink response and self-report. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 738-753.

Bhatnagar, D., Swamy R. (1995) Attitudes toward women as managers: Does interaction make a difference? *Human Relations*, 48, 1285-1307.

Bobbio, A., Manganelli, A.M. (2008). *Measuring social desirability responding. A short version of Paulhus' BIDR6 for the Italian context*. Manoscritto non pubblicato.

Boca, S., Mirisola, A., Isgrò, A., Biondi A. (2006). Adattamento italiano della scala di motivazione interna ed esterna a rispondere senza pregiudizio di Plant e Devine. *Psicologia Sociale*, 2, 373-392.

Byrne, B.M. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Christopher, A.N., Mull, M.S. (2006). Conservative ideology and ambivalent sexism. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 223-230.

Crosby, J.R., Monin, B. (2007). Failure to warn: How student race affects warnings of potential academic difficulty. *Journal of Experimental Social Psychology, 43,* 663-670.

Crowne, D.P., Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology,* 24, 349-354.

Devine, P.G., Plant, E.A., Amodio, D.M., Harmon-Jones, E., Vance S.L. (2002). The regulation of explicit and implicit race bias: The role of motivations to respond without prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 835-848.

Fenigstein, A., Scheir, M.F., Buss, A.H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.

Glick, P., Fiske, S.T. (1996). The ambivalent sexism inventory: differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.

Glick, P., Fiske, S.T. (2001). Ambivalent sexism. In M.

P. Zanna (a cura di), *Advances in Experimental Social Psychology*, 33. San Diego, CA: Academic Press (pp. 115-188).

Glick, P., Lameiras, M., Fiske, S.T., Eckes, T., Masser, B., Volpato, C., Manganellli, A.M., Pek, J., Huang, L., Sakalli-Ugurlu, N., Rodriguez Castro, Y., D'Avila Pereira, M. L., Willemsen, T. M., Brunner, A., Six-Materna, I., Wells, R. (2004). Bad but bold: Ambivalent attitudes toward men predict gender inequality in 16 nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 713-728.

Gushue, G.V. (2004). Race, color-blind racial attitudes, and judgments about mental health: A shifting standards perspective. *Journal of Counseling Psychology,* 51, 398-407.

Hu, L., Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

Katz, I., Hass, R.G. (1988). Racial ambivalence and americal value conflict: Correlational and priming studies of dual cognitive structures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 893-905.

Klonis, S.C., Plant, E.A., Devine, P.G. (2005). Internal and external motivation to respond without sexism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 1237-1249.

Leary, M.R. (1983a). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.

Leary, M. R. (1983b). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, 47, 66-75.

Manganelli, A.M., Canova, L., Bobbio, A. (2004). Motivazione intrinseca ed estrinseca a non manifestare il pregiudizio. In *Atti del VI Congresso Nazionale AIP - Sezione di Psicologia Sociale* (pp. 314-316), Sciacca (AG), 22-24 Settembre 2004.

Manganelli, A.M., Canova, L., Bobbio, A. (2008). La motivazione a rispondere senza pregiudizio. Due studi sulla validazione della scala di Plant e Devine. *Giornale di Psicologia*, 2*,* 131-141.

Manganelli Rattazzi, A.M., Volpato, C., Canova, L. (2008). L'atteggiamento ambivalente verso donne e uomini. Un contributo alla validazione delle scale ASI e AMI. *Giornale Italiano di Psicologia,* 35*,* 261- 287.

Mardia, K.V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57, 519-530

McConahay, J.B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the modern racism scale. In J.F. Dovidio and S.L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 91-126). San Diego, CA: Academic Press.

Paulhus, D.L. (1991). Measurement and control of response bias. In J.P. Robinson, P.R. Shaver e L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes*, Vol. 1 (pp. 17-59). San Diego, CA: Academic Press.

Plant, E.A. (2004). Responses to interracial interactions over time. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1458-1471.

Plant, E.A., Devine, P.G. (1998). Internal and external motivation to respond without prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 811-832.

Plant, E.A., Devine P.G. (2001). Responses to other-imposed pro-Black pressure: Acceptance or backlash? *Journal of Experimental Social Psychology*, 37, 486-501.

Plant, E.A., Devine P.G., Brazy, P.C. (2003). The bogus pipeline and motivations to respond without prejudice: Revisiting the fading and faking of racial prejudice. *Group Processes and Intergroup Relations*, 6, 187-200.

Sidanius, J., Pratto, F. (1999). *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. New York, NY: Cambridge University Press.

Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 526-537.

Snyder, M., Gangestad, S. (1986). On the nature of self-monitoring: Matters of assessment, matters of validity. *Journal of Personality and Social-Psychology*, 51, 125-139.

Swim, J.K., Aikin, K.J., Hall, W.S., Hunter, B.A. (1995). Sexism and racism: Old-fashioned and modern prejudices. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 199-214.

Tougas, F., Brown, R., Beaton, A.M., Joly, S. (1995). Neo-sexism: Plus ça change, plus c'est pareil. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 842-849.

Van de Vijver, F. J. R., Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist,* 1, 89–99.

Ricevuto : 3 luglio 2008
Revisione ricevuta : 24 febbraio 2009

Giornale di Psicologia, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9558
Giornaledipsicologia.it, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9450

Stati di identità e prospettiva temporale in adolescenza

Fiorenzo LAGHI
Università di Roma, La Sapienza - Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica

ABSTRACT – *Identity status and time perspective in adolescence* - The study examined the relationship between Marcia's ego identity status model and time perspective in adolescence. Marcia's model of ego identity status was foundational in the first season of identity research; according to this model, adolescents can be classified in four identity states: Diffusion, Foreclosure, Moratorium and Achievement. The Extended Objective Measure of Ego-Identity Status-2, the Time Perspective and the Basic Psychological Needs Scale have been administered to a sample of students (N=700). According to previous international researches, subjects were categorized in the more advanced statuses (achievement and moratorium) and the less advanced statuses (diffusion and foreclosure). The survey revealed - by means of multivariate analysis - that achievement, moratorium, diffusion and foreclosure identity status differ in terms of some time perspective dimensions and psychological needs. Implications of Marcia's theory for modern views of the identity are discussed. KEY WORDS: Identity status, Time perspective, Adolescence, Psychological needs, Screening.

RIASSUNTO – La ricerca esamina la relazione tra stati di identità dell'Io secondo il modello proposto da Marcia e la prospettiva temporale in adolescenza. Tale modello ha rappresentato un punto di partenza indispensabile nella ricerca sull'identità; secondo questo modello gli adolescenti possono essere classificati in quattro stati di identità: Diffusione, Blocco, Moratoria e Acquisizione. Ad un gruppo di studenti (N=700) sono stati somministrati: la versione italiana dell'Extended Objective Measure of Ego-Identity Status-2, la scala Prospettiva Temporale, la Basic Psychological Needs Scale. In accordo con precedenti ricerche internazionali, gli adolescenti sono stati categorizzati in 4 gruppi: due gruppi di adolescenti con stati di identità più avanzati (identità acquisita e stato di moratoria) e due gruppi di soggetti con stati di identità meno avanzati (blocco dell'identità e diffusione). La ricerca, effettuata con tecniche di analisi della varianza multivariata, ha evidenziato differenze tra i 4 gruppi rispetto ad alcune dimensioni della prospettiva temporale e ai bisogni psicologici. Sono discusse le implicazioni della teoria di Marcia per i recenti modelli teorici dell'identità. PAROLE CHIAVE: Stati di identità, Prospettiva temporale, Adolescenza, Bisogni psicologici, Screening.

Introduzione

Negli ultimi anni il processo di formazione identitaria è stato il focus di numerose ricerche teoriche ed empiriche (Branch, Tayal, Triplett, 2000; Schwartz, 2002; Schwartz, 2004) la maggior parte delle quali si rifà al paradigma degli stati d'identità elaborato da James Marcia (1966) e derivato dal costrutto eriksoniano sullo sviluppo dell'identità. Anche Marcia, come Erikson, considera l'adolescenza una fase critica del ciclo vitale e ritiene che per superarla positivamente è necessario che il giovane effettui scelte impegnative rispetto al proprio futuro nella molteplicità degli ambiti in cui vive (Nurmi, Poole, Kalakoski, 1996); tuttavia, se Erikson descrive l'identità come l'assunzione di un punto di equilibrio fra impegno e confusione (diffusione) circa i propri ruoli sociali, Marcia, sviluppa maggiormente ed articola questa dicotomia, focalizzandosi soprattutto sulla nozione di impegno. Approfondendo il paradigma degli stati di identità di Marcia, infatti, appare subito evidente la rilevanza occupata da due tipi di indicatori: *l'esplorazione* delle alternative identitarie, che la società offre agli adolescenti, e *l'impegno* nei confronti delle scelte che si effettuano nei diversi ambiti di vita (ad esempio rispetto alla professione, agli hobby, ai ruoli sessuali o all'identità relazionale).

James Marcia *et al.* (1993) definiscono l'esplorazione come un'attività o fase critica in cui l'adolescente ricerca, valuta e sperimenta tutta una serie di possibilità riguardanti il proprio Io. Tale esplorazione può essere "presente" se i soggetti stanno ancora esplorando le alternative possibili, "passata" se essi hanno risolto o abbandonato la crisi, "assente" se non manifestano nessuna curiosità nei confronti delle possibili alternative identitarie. I criteri (definizioni operative) discriminanti per stabilire se suddetta esplorazione si stia verificando o meno nell'adolescente sono da ricercarsi nella con-

sapevolezza del soggetto rispetto al contenuto ed alle implicazioni di ogni alternativa identitaria, nella presenza di lavori di ricerca e di raccolta di informazioni (attraverso letture, corsi, ecc.) e nella capacità di distinguere tra i vantaggi e gli svantaggi di ogni alternativa. Inoltre, caratteristico della prima fase del periodo esploratorio è un tono emotivo di esaltazione ed euforia; tipico, invece, delle fasi successive è un vissuto di frustrazione, accompagnato dall'ansia e dall'urgenza di arrivare al più presto ad una decisione.

L'impegno prevede una scelta ed un investimento stabile rispetto a valori e credenze che caratterizzano la propria identità. Quando l'impegno è presente, gli elementi che compongono l'identità del soggetto guidano i comportamenti e le azioni dello stesso e sono difficilmente modificabili. Un soggetto che ha acquisito chiari impegni nei confronti di alcuni aspetti identitari è, inoltre, consapevole delle implicazioni che le proprie decisioni comportano, si presta ad attività che rinforzano le proprie scelte e dimostra fedeltà ed ottimismo rispetto ad esse (Schwartz e Dunham, 2000; Goossens, 2001; Mancini, 2001).

Dalle possibili combinazioni delle variabili comportamentali dell'impegno e dell'esplorazione e sulla base di diversi dati sperimentali, James Marcia (1966) distingue quattro stati dell'identità: acquisizione, chiusura (o blocco), moratoria e diffusione. Nello specifico, l'autore classifica in stato di "acquisizione" quegli adolescenti che hanno esplorato attivamente le alternative identitarie e che hanno assunto impegni precisi nei diversi ambiti della propria vita, mentre in stato di "chiusura" quegli adolescenti che pur avendo effettuato precise scelte rispetto alla propria identità non hanno trascorso alcun periodo di attiva esplorazione; i soggetti classificati in stato di "diffusione" e "moratoria", invece, rappresentano per Marcia quegli adolescenti che non hanno ancora assunto impegni definitivi, tuttavia, mentre i primi stanno attivamente esplorando le alternative identitarie, prima di prendere una decisione, i secondi non compiono alcuna esplorazione e non sembrano interessati a farlo (Bergh e Erling, 2005).

Tra le numerose ricerche riguardanti il processo di formazione identitaria in adolescenza, diverse hanno come obiettivo indagare la relazione tra stati d'identità e benessere psicologico (Dunkel, 2000; Makros, McCabe, 2001). Le ipotesi più accreditate, a questo proposito, tendono a considerare lo stato d'acquisizione dell'identità come il più "sano" in termini di benessere e lo stato di diffusione come il più problematico (Bishop *et al.,* 2005) ed allo stesso tempo tendono a sottolineare l'importanza che lo stato di moratoria ricopre per l'adattamento e la salute psicologica nelle società a rapida trasformazione come quella attuale. Meeus (1992, 1996) e Marcia (1994), più specificamente, attraverso analisi di secondo livello effettuate su ricerche pubblicate dal 1966 agli inizi degli anni Novanta hanno evidenziato le relazioni più significative tra stati d'identità ed alcune caratteristiche di personalità. Dai risultati è emerso che gli adolescenti in stato di moratoria e di acquisizione dell'identità possiedono immagini di sé positive, si considerano individui autonomi, aderiscono ai principi morali, rifiutano l'autoritarismo e sono soddisfatti delle proprie relazioni sociali. Gli adolescenti in stato di blocco e diffusione dell'identità presentano bassi livelli di autostima ed una vita relazionale poco soddisfacente ed, in particolare, che il primo gruppo di soggetti si differenzia dal secondo per l'adesione ad un tipo di vita convenzionale. Gli adolescenti in stato di chiusura dell'identità, infatti, appaiono soddisfatti rispetto alla scuola, rifiutano l'utilizzo delle droghe, si mostrano più autoritari e poco flessibili dal punto di vista cognitivo; la maggior parte di questi adolescenti, inoltre, risulta poco autonoma e particolarmente legata alle figure genitoriali (Mancini, 2001).

Una ricerca effettuata da Dunkel (2000) ha dimostrato che nonostante la moratoria costituisca un periodo di crisi costruttiva al fine dell'acquisizione dell'identità, gli adolescenti che si trovano in questo stato presentano un vissuto caratterizzato da ansia, squilibrio e motivazione al cambiamento. Makros *et al.* (2001), successivamente, si sono poste l'obiettivo di indagare la relazione esistente tra grado di sviluppo dell'identità in adolescenza e grado di discrepanza delle credenze riferite al sé (discrepanza tra il sé reale ed il sé ideale), ritenendo che un processo di formazione identitaria ottimale comporta l'integrazione, in un unico senso d'identità, delle varie credenze riferite al sé. I risultati di questa ricerca hanno rilevato che, nel gruppo sperimentale, gli adolescenti classificati dall'EOM-EIS2 in stato di acquisizione o blocco dell'identità presentavano un grado più basso di discrepanza tra il sé reale ed ideale rispetto agli adolescenti in stato di moratoria e diffusione.

L'adolescente si trova a dover effettuare scelte che lo obbligano a precisare progetti che riguardano il proprio futuro e a considerare, quindi, non solo le proprie aspirazioni ma soprattutto il grado di probabilità legato alla realizzazione di essi.

La prospettiva temporale sembra, quindi, particolarmente correlata all'acquisizione dell'identità,

poiché afferma che l'adolescente nel processo di raggiungimento di determinati obiettivi, oltre a organizzare le sue abilità intellettive, affettive ed emozionali, anticipa anche le conseguenze del suo agire. La prospettiva temporale può essere considerata come un costrutto multidimensionale di cui sono distinguibili i seguenti aspetti: a) l'atteggiamento verso il tempo e le fasi temporali della propria esperienza; b) l'orientamento differenziale sulle diverse dimensioni temporali (passato, presente, futuro); c) la densità e la quantità di contenuti cognitivi che si hanno in relazione alle fasi della prospettiva temporale (passato, presente o al futuro); d) l'estensione della prospettiva temporale che rappresenta l'ampiezza dell'arco temporale concettualizzato del soggetto e la distribuzione (o collocazione) nel tempo di contenuti cognitivi connessi al passato e al futuro; e) la coerenza o grado di organizzazione e di articolazione degli avvenimenti accaduti e che accadranno.

La prospettiva temporale rappresenta una delle nozioni fondamentali inerenti al tempo psicologico che riassume tutte le dimensioni e le caratteristiche dell'esperienza di un individuo. Essa può essere considerata come un processo inconscio secondo cui il flusso continuo di esperienze personali e sociali viene assegnato in categorie o strutture temporali, che aiutano a dare ordine, coerenza e significato agli eventi (Canestrari 2002; Laghi, D'Alessio e Baiocco,2007; Laghi *et al.*, 2008).

Queste strutture cognitive possono riflettere pattern temporali ciclici e ripetitivi o eventi lineari, unici e non ricorrenti durante la vita di una persona, utilizzati per codificare, immagazzinare e richiamare gli eventi vissuti ma anche per formare aspettative, obiettivi e scenari fantasiosi. La rappresentazione concreta ed empirica del presente viene situata tra le costruzioni psicologiche astratte del passato antecedente e quelle degli eventi futuri attesi (Laghi et *al.*, 2008).

La maggior parte delle ricerche sulla prospettiva temporale esamina tale costrutto come fattore di protezione rispetto ai comportamenti a rischio solo in campioni di soggetti adulti. Sembra, quindi, particolarmente interessante indagare la relazione tra prospettiva temporale e stati di identità in adolescenza.

Il primo obiettivo, di tipo esplorativo, è analizzare la classificazione degli adolescenti nei 4 stati di identità proposti da Marcia ed analizzare le eventuali differenze di genere e di età.

Ci proponiamo, inoltre, di verificare se gli adolescenti classificati nei diversi stati di identità si differenzino ai punteggi medi delle dimensioni della prospettiva temporale. In particolare ipotizziamo che gli adolescenti classificati in uno stato di diffusione o di blocco (low profile) ottengano punteggi medi più alti alle dimensioni Passato Negativo, Presente Fatalista, mentre gli adolescenti classificati nello stato di identità acquisita o di moratoria (high profile), ottengano punteggi medi più elevati alle dimensioni del Passato Positivo e del Futuro. Un ulteriore obiettivo è verificare se le dimensioni della prospettiva temporale e dei bisogni di autonomia, competenza e relazionalità discriminano i gruppi classificati in base allo status di identità raggiunto.

Metodologia

SOGGETTI E PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE

La ricerca ha coinvolto 700 studenti, 400 ragazzi (57.14%) e 300 ragazze (42.86%), di età compresa tra i 17 ed i 18 anni (età media=17,6; dev.st=2.20) di Roma e Provincia. Gli studenti risultavano iscritti al IV e V anno di diverse tipologie di scuola secondaria di II grado: Liceo Classico (N=180), Liceo Scientifico (N=175), Liceo Linguistico (N=146), Istituto Tecnico Commerciale (N=100), Istituto Professionale (N=99). I soggetti hanno completato la batteria di test nella propria classe in un contesto non valutativo e attraverso una somministrazione collettiva. Ogni studente ha ricevuto un profilo individuale con i commenti relativi alle dimensioni indagate (stati di identità, prospettiva temporale) ed ha avuto la possibilità di poter discutere i risultati con uno psicologo.

STRUMENTI

Extended Objective Measure of Ego Identity Status 2

Il questionario *Extended Objective Measure of Ego Identity Status 2* (EOM-EIS 2; Bennion, Adams, 1986) è costituito da 64 item (scala Likert a sei punti da 1=Assolutamente Falso a 6=Assolutamente Vero). Tutti gli item individuano i quattro stati d'identità (acquisizione, blocco o chiusura, moratoria, diffusione) delineati secondo il paradigma di James Marcia (1966) in quattro domini ideologici (politica, religione, occupazione/studio, stile di vita) e in quattro domini interpersonali (amicizia, relazioni intime, ruoli sessuali, tempo libero). Ciascuno degli otto domini è misurato attraverso 8 item- 2 item per ogni stato dell'identità. Lo strumento

utilizzato in ambito internazionale (Adams, Bennion, Huh, 1989; Hall, Anthis, Dunkel, 1998) mostra una buona validità ed una buona consistenza interna. L'adattamento italiano della versione (Laghi *et al.*; *in stampa*) mostra anch'esso buoni indici di validità ed affidabilità (acquisizione α=.83; moratoria α=.85; blocco α=.81; diffusione α=.83).

Prospettiva Temporale

La Scala Prospettiva Temporale (PT) è un adattamento italiano dello Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) per adolescenti (Laghi et. *al.*, 2008). La scala è costituita da 25 item (con una scala Likert a 5 passi da «Assolutamente Falso per me» ad «Assolutamente Vero per me») e misura cinque dimensioni: Presente Fatalista, Presente Edonista, Futuro, Passato Positivo e Negativo. Lo strumento, già utilizzato in precedenti ricerche (D'Alessio *et al.*, 2006) mostra buoni indici di validità e attendibilità. La struttura fattoriale, verificata su un campione di 1000 adolescenti, spiega il 44,51% della varianza ed è definita da 5 fattori congruenti con la definizione operativa del costrutto. L'attendibilità delle singole dimensioni della scala, misurata con il coefficiente Alpha di Cronbach, è soddisfacente: va da un minimo di 0.81 per la dimensione Passato Positivo a un massimo di 0.83 per la dimensione Futuro. La scala mostra buoni indici di discriminazione per diversi comportamenti a rischio (D'Alessio e Laghi, 2007).

Basic Psychological Needs Scale

Il questionario *Basic Psychological Needs Scale* (BPNS; Ryan e Deci, 2000) è composto da 21 item e misura la percezione del soddisfacimento dei tre bisogni innati di autonomia (7 item), competenza (6 item) e relazionalità (8 item). Dalla letteratura perviene che tale strumento possiede una buona consistenza interna (Deci, 2001). L'adattamento italiano (Szadejko, 2003) dello strumento mostra anch'esso una buona affidabilità (autonomia α=.79, competenza α=.71, relazionalità α=.73).

METODOLOGIA STATISTICA

Le elaborazioni dei dati sono state effettuate con il pacchetto statistico *SPSS 14.0* per *Windows*. Per verificare la presenza di differenze di genere e di età statisticamente significative in relazione agli stati d'identità è stato utilizzato il Chi-quadro. Per verificare la presenza di differenze ai punteggi medi delle dimensioni temporali è stato effettuato un disegno di analisi della varianza multivariata (MANOVA) considerando la classificazione dei soggetti rispetto agli stati d'identità dell'Io (acquisizione, blocco, moratoria, diffusione) come variabile indipendente ed i punteggi medi alle singole dimensioni della scala PT come variabili dipendenti. Per indagare le dimensioni che discriminano i soggetti classificati nei diversi stati di identità è stato effettuato un disegno di analisi della funzione discriminante.

Risultati

DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI NEI QUATTRO STATI DELL'IDENTITÀ IN RIFERIMENTO AL GENERE E ALL'ETÀ

Per la classificazione degli adolescenti nei diversi stati dell'identità proposti dall'EOM-EIS2 è stata utilizzata la stessa procedura effettuata da altri autori nel contesto internazionale (Adams, Bennion e Huh, 1989; Bishop *et al.*, 2005): i punteggi totali grezzi relativi ai quattro stati d'identità (acquisizione, blocco, moratoria, diffusione) sono stati trasformati in punteggi standardizzati (punti sten con media=5.5 e d.s.=2) considerando la media e la deviazione standard del campione normativo. Il punteggio standardizzato più elevato determina l'appartenenza del soggetto in uno dei quattro stati d'identità.

La classificazione degli stati d'identità nel gruppo esaminato rileva una maggioranza di adolescenti classificati nello stato di moratoria (27.14%) seguiti da adolescenti in stato di acquisizione (25.71%), diffusione (25%) e blocco (22.14%). Riguardo alla variabile genere non emergono differenze statisticamente significative ($\chi^2_{(3)} = 6.09$, $p = 0.10$). Si riscontrano, invece, differenze significative legate alla variabile età ($\chi^2_{(3)} = 31.80$; $p < 0.001$) : c'è un numero significativamente più elevato di soggetti con un'età di 17 anni ad essere classificati nello stato di blocco (27.1%) e diffusione (29.3%) ed una percentuale più alta di ragazzi di 18 anni classificati nello stato di acquisizione (45.7%).

Tabella 1 - Distribuzione dei soggetti nei 4 stati di identità in riferimento alla variabile età

Stati dell'Identità		Età		Campione Totale
		17 anni	18 anni	
Acquisizione dell'Identità	% categ. età	16,0%	45,7%	25,7%
	Residuo standardizzato	-2,6	3,8	
Moratoria	% categ. età	27,7%	26,1%	27,1%
	Residuo standardizzato	,1	-,2	
Blocco dell'Identità	% categ. età	27,1%	12,0%	22,1%
	Residuo standardizzato	1,5	-2,1	
Diffusione	% categ. età	29,3%	16,3%	25,0%
	Residuo standardizzato	1,2	-1,7	

Tabella 2 - Differenze ai punteggi medi delle dimensioni della scala PT. Statistiche descrittive e significatività degli effetti

Prospettiva Temporale	Gruppo	Media	DS	F(3,696)	p	Duncan test
Passato Positivo	A. Acquisizione	18,80	4,60	2,480	0,053	(A=B)>(C=D)
	B. Moratoria	18,04	4,52			
	C. Blocco	17,22	4,94			
	D. Diffusione	16,18	4,64			
	Totale	17,39	4,74			
Passato Negativo	A. Acquisizione	11,67	4,54	5,167	0,032	D>(A=B=C)
	B. Moratoria	12,88	4,60			
	C. Blocco	12,67	4,52			
	D. Diffusione	14,50	5,30			
	Totale	13,31	4,79			
Presente Fatalista	A. Acquisizione	10,27	3,53	4,284	0,01	(C=D)>(A=B)
	B. Moratoria	11,37	3,10			
	C. Blocco	12,41	3,75			
	D. Diffusione	12,76	3,28			
	Totale	11,88	3,50			
Presente Edonista	A. Acquisizione	16,97	3,17	0,986	0,401	
	B. Moratoria	17,73	2,87			
	C. Blocco	16,69	3,65			
	D. Diffusione	16,98	3,14			
	Totale	17,11	3,22			
Futuro	A. Acquisizione	18,13	3,64	4,058	0,011	A>B>C>D
	B. Moratoria	16,58	3,36			
	C. Blocco	16,42	3,56			
	D. Diffusione	16,25	3,59			
	Totale	16,69	3,56			

STATI DI IDENTITÀ E PROSPETTIVA TEMPORALE

L'Analisi della Varianza Multivariata (MANOVA) con metodo Lambda di Wilks, considerando come variabili dipendenti le dimensioni della scala PT, ha mostrato differenze statisticamente significative [Lambda di Wilks = .81; F = 3.75; p<.001]. La scomposizione degli effetti univariati e l'analisi dei post-hoc (Duncan test; p<.05) evidenzia differenze significative in riferimento alle seguenti dimensioni temporali (Tabella 2):

Passato Positivo ($F_{(3,696)}$=2.48; p=.05): sono gli adolescenti classificati nello stato di acquisizione e moratoria ad ottenere punteggi medi più alti degli adolescenti classificati nello stato di blocco e diffusione che non si differenziano tra loro;

Passato Negativo ($F_{(3,696)}$=5.17; p=.03): sono gli adolescenti classificati nello stato di diffusione ad ottenere punteggi medi più elevati rispetto ai soggetti degli altri tre gruppi che non si differenziano tra loro;

Presente Fatalista ($F_{(3,696)}$=4.28; p=0.01): sono gli adolescenti classificati nello stato di blocco e diffusione ad ottenere punteggi medi più alti degli altri due gruppi che non si differenziano tra loro;

Futuro ($F_{(3,696)}$=4.06; p=.01): sono gli adolescenti classificati nello stato di acquisizione dell'identità ad ottenere punteggi medi più alti degli adolescenti in stato di moratoria, che a loro volta ottengono punteggi più alti degli adolescenti classificati nello stato di blocco. Gli adolescenti in stato di diffusione sono coloro che ottengono i punteggi medi significativamente più bassi.

STATI DI IDENTITÀ, PROSPETTIVA TEMPORALE E BISOGNI PSICOLOGICI DI BASE: ANALISI DELLA FUNZIONE DISCRIMINANTE

E' stata condotta un'analisi della funzione discriminante al fine di determinare le dimensioni che meglio discriminano i tre gruppi di adolescenti, differenziati in base allo status di identità raggiunto. Sono emerse tre funzioni statisticamente significative (Tabella 3).

Tabella 3 - Analisi della funzione discriminante: prospettiva temporale e bisogni psicologici di base

Funzione	% di varianza	% var. cum.	Correlazione canonica	Lambda di Willks	Chi -quadro	p
1	66,54	66,54	0,37	0,79	41,54	0,01
2	25,75	92,28	0,24	0,92	14,37	0,04
3	7,72	100,00	0,14	0,98	3,37	0,05

Tabella 4 - Correlazioni tra le dimensioni della scala PT e BPNS e le funzioni discriminanti canoniche

Dimensioni	Funzione 1	Funzione 2	Funzione 3
Presente Fatalista	**-0,65**	0,19	0,05
Passato Positivo	**0,45**	-0,31	-0,33
Futuro	**0,43**	0,26	-0,05
Passato Negativo	0,20	**0,42**	0,27
Competenza	0,20	**0,28**	-0,15
Relazionalità	0,12	**0,14**	0,09
Presente Edonista	0,10	-0,34	**0,63**
Autonomia	0,07	0,23	**0,33**

La prima funzione spiega la maggior parte della varianza (66.54%). La funzione 1 è maggiormente spiegata dalle dimensioni Passato Positivo, Futuro e Presente Fatalista (negativo). Le variabili che delineano i correlati di disagio psicologico, ossia un forte bisogno di competenza, marcato senso di inadeguatezza relazionale e la dimensione del Passato vo sembrano caratterizzare maggiormente la funzione 2 (Tabella 4). La funzione 3 è maggiormente spiegata dalle dimensioni Presente Edonista e Bisogno di Autonomia. L'analisi dei centrodi mostra come la funzione 1 discrimini meglio gli adolescenti

in stato di acquisizione e moratoria dai soggetti in stato di diffusione. La Funzione 2 discrimina meglio i soggetti in uno stato di blocco e diffusione dai soggetti in uno stato di acquisizione. La Funzione 3 discrimina i soggetti in uno stato di acquisizione da quelli in stato di moratoria. I risultati della funzione discriminante mostrano come circa l'83% dei soggetti sia classificato correttamente.

Discussione e conclusi

L'obiettivo della presente ricerca è stato indagare, in un gruppo di adolescenti, la relazione esistente tra stati d'identità, delineati secondo il paradigma di James Marcia e la prospettiva temporale.

Per la classificazione degli stati d'identità si rileva, nel gruppo esaminato, una percentuale più alta di adolescenti in stato di moratoria, seguiti da adolescenti in stato di acquisizione, diffusione e blocco. I risultati confermano che, coerentemente con l'età media del gruppo, la maggior parte dei soggetti considerati stia ancora esplorando le diverse alternative identitarie disponibili e che solo una piccola parte di essi abbia assunto impegni stabili ed effettuato scelte precise nei diversi ambiti vitali. Per la classificazione degli stati d'identità in riferimento al genere, i risultati ottenuti sono diversi da quelli presenti nella letteratura internazionale. Nella ricerca svedese, ad esempio, effettuata da Bergh e coll. (2005), emergono differenze di genere significative: esiste una percentuale più alta di ragazzi classificati nello stato di acquisizione e blocco ed una percentuale più alta di ragazze classificate nello stato di moratoria. Le differenze di età invece sono sostanzialmente simili a quelle presenti nel contesto internazionale; è verificata l'ipotesi del trend evolutivo secondo cui sono gli adolescenti di 18 anni ad essere in misura maggiore nello stato di acquisizione dell'identità e i ragazzi più giovani di 17 anni ad essere classificati nello stato di blocco e di diffusione.

Di particolare interesse sono i risultati relativi alla relazione tra stati di identità e prospettiva temporale. Le attuali prospettive di ricerca sui fattori di benessere e di promozione della salute individuale e collettiva enfatizzano l'importanza del bilanciamento tra prospettive temporali come fattore protettivo per il sé in adolescenza (D'Alessio e Laghi, 2007). L'armonico equilibrio tra l'orizzonte temporale del passato (positivo o negativo), del presente (edonista o fatalista) e del futuro favorirebbe un miglior senso di autostima e controllo (Zimbardo, 2004), una migliore soddisfazione della propria vita (Argyle, 2001; Diener & Seligman, 2002), una migliore autoefficacia (Wills, Sandy e Yaeger, 2001).

Gli adolescenti in stato di acquisizione e moratoria, ancora incerti nel presente, si rifugiano spesso nel passato, che riconoscono come parte integrante di se stessi e dal quale temono di distaccarsi, mentre, al contempo, sono sospinti verso il futuro sul quale possono proiettare desideri e progetti. La loro «finestra» temporale è molto ampia e oscillante tra passato e futuro (Maggiolaro, 2005; Apostolidis, 2006). In accordo con alcune recenti ricerche (Apostolidis e Fieulaine, 2004; Laghi *et al.*, 2007) si potrebbe affermare che la coloritura emozionale della vita degli adolescenti classificati nello stato di blocco si coniughi lungo le dimensioni noia (passività, monotonia) - interesse (stimolazione, eccitazione). Sembra, in questo caso, che non sia tanto la valenza positiva della dimensione emotiva delle varie esperienze a costituire il polo di attrazione; sembrerebbe essere ostacolato piuttosto lo stato di attivazione e di eccitazione nei confronti delle diverse attività ed esperienze.

Gli adolescenti in stato di acquisizione sono caratterizzati da una prospettiva temporale bilanciata e mostrano punteggi elevati alle dimensioni Passato Positivo e Futuro. Questo gruppo si differenzia in modo statisticamente significativo da coloro che sono ancora in una fase di diffusione, come direbbe Erikson, ossia caratterizzati da bassi livelli di impegno e di esplorazione e che si descrivono con un Passato Negativo e un Presente Fatalista: credono che il proprio percorso di vita sia già predeterminato e, proprio perché bloccati da queste credenze, ritengono di non investire e di non progettare. In termini di indicatori di rischio la prospettiva temporale sembra, quindi, essere un predittore importante e significativo.

In relazione alla teoria elaborata da Ryan *e coll.* (2000) che considera il soddisfacimento dei tre bisogni innati di autonomia, competenza e relazionalità fondamentali per il benessere della persona in ogni tempo e contesto (Sheldon, Ryan e Reis, 1996), si può, dunque, dedurre che sono gli adolescenti appartenenti a stati d'identità dell'acquisizione e della moratoria a dimostrare un livello di benessere maggiore e che, invece, gli adolescenti appartenenti allo stato di blocco e diffusione dimostrano un maggiore bisogno di competenza, autonomia e relazionalità. I dati ottenuti, anche se in linea con i risultati di ricerche presenti in ambito internazionale, devono essere letti anche in relazione alle caratteristiche tipiche dell'adolescenza nel contesto italiano, definita come

età sospesa (Caprara e Fonzi, 2000) e caratterizzata da confini temporali indefiniti (Bonino, Cattelino, Ciairano; 2003), da uno stato di sospensione sociale, da una forte condizione di precarietà e di incertezza rispetto alla priorità di mete da raggiungere. E' forse giusto parlare come afferma Dogana (2002) di "identità lieve" e offrire una chiave di lettura meno deterministica rispetto agli stati di identità. E' importante comunque sottolineare i limiti del presente lavoro che potremmo riassumere nei seguenti punti: a) mancanza di un campione rappresentativo casuale che ci impedisce di poter generalizzare i risultati; b) l'assenza di una misura di controllo della desiderabilità sociale; per questo motivo è difficile essere certi sulle risposte fornite dai soggetti che hanno cercato di dare un'immagine favorevole di sé; c) l'utilizzo di questionari autovalutativi che, sebbene siano molto utili nella ricerca psico-sociale, non permettono di analizzare alcune determinanti che possono essere colte solo con una metodologia di tipo qualitativo;d) le relazioni che abbiamo riscontrato tra stati di identità e prospettiva temporale non possono essere lette ed interpretate in termini di causa-effetto.

Nonostante questi limiti la ricerca ha indagato costrutti molto importanti per l'individuazione precoce di soggetti a rischio. Sembra, dunque, accettabile la denominazione di "condizione sana" di sviluppo per gli stati di acquisizione e moratoria e di "condizione non sana" di sviluppo per lo stato di diffusione (Mancini, 2001). I dati relativi al gruppo esaminato, infatti, rilevano come l'assumere impegni seri senza mettere in discussione identificazioni e valori infantili (adolescenti "bloccati") ed il vagare da un'identificazione momentanea ad un'altra senza alcuna convinzione (adolescenti "diffusi") siano correlati con una prospettiva temporale basata sulle dimensioni Passato negativo e Presente Fatalista. Al contempo, gli stessi dati dimostrano come l'effettuare scelte precise rispetto ai propri ambiti di vita, dopo un periodo di vera e propria crisi (adolescenti in "acquisizione"), e l'esplorazione delle diverse alternative identitarie (adolescenti in "moratoria") siano correlati con minori livelli di disagio psicologico e con un maggiore senso di autodeterminazione.

Riferimenti bibliografici

Adams, G.R., Bennion, L., Huh K. (1989). *Objective measure of ego identity status: A reference manual.* Avaible from first author, Department of Family Studies, University of Guelph, Ontario, Canada N1G 2W1.

Apostolidis, T., Fieulaine, N. (2004). Validation francaise de l'echelle de temporalitè. The Zimbardo Time Perspective Inventory. *European Review of Applied Psychology*, vol. 54, pp. 207-217.

Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. London: Routledge.

Bennion, D., Adams, R. (1986). A revision of the Extended Version of the Objective Measure of Ego Identity Status: an Identity Instrument for Use with Late Adelescents. *Journal of Adolescent Research*, 1, 183-198.

Bergh, S., Erling, A. (2005). Adolescent identity formation: a swedish study of identity status using the EOM-EIS2. *Adolescence,* 40, 158-172.

Bishop, D.I., Weisgram, E.S., Holleque, K.M., Lund, K.E., Wheeler-Anderson, J.R. (2005). Identity development and alcohol consumption: current and retrospective self-reports by college students. *Journal of Adolescence*, 28, 523-533.

Bonino, S., Cattellino, E., Ciairiano, S. (2003). *Adolescenti e rischio*. Firenze: Giunti.

Branch, C.W., Tayal, P., Triplett, C. (2000). The relationship of ethnic identity and ego identity status among adolescentes and young adults. *International Journal of intercultural relations,* 777-790.

Canestrari, R. (2002). *Introduzione alla psicologia generale*. Milano: Mondadori.

Caprara, G.V., Fonzi, A. (2000). *L'età sospesa*. Firenze: Giunti.

D'Alessio, M., Laghi, F. (2007) (a cura di). *Preadolescenza: identità in transizione tra rischi e risorse*. Padova: Piccin Nuova Libraria.

D'Alessio, M., Laghi, F., Gurrieri, G., Baiocco, R. (2006). *Voglio un lavoro. Percorsi per una scelta*. Roma: Carocci.

Diener, E., Seligman, M.E.P. (2002). *Very happy people. Psychological Science*, 13, 81-84.

Dogana, F. (2002). L'Io lieve della post-modernità. *Psicologia Contemporanea*, 173:4-10.

Dunkel, C.S. (2000). Possible selves as a mechanism for identity exploration. *Journal of Adolescence,* 23, 519-529.

Goossens, L. (2001). Global versus domain-specific statuses in identity research: a comparison of two self-report measures. *Journal of Adolescence,* 24, 681-699.

Laghi, F., D'Alessio, M., Baiocco, R., Attanasi, S. (in stampa). Stati di identità e benessere psicologico in adolescenza. *Età evolutiva*.

Laghi, F., D'Alessio, M., Baiocco, R. (2007). Prospettiva temporale e ricerca di senso in adolescenza. In Fizzotti E. (a cura di). *Adolescenze multiple. Itinerari tra dubbi e certezze*, LAS, Roma.

Laghi, F., D'Alessio, M., Pallini, S., Baiocco, R. (2008). Attachment Representations and Time Perspective in Adolescence. *Social Indicators Research*, 15, 421-428.

Maggiolaro, E. (2005). La prospettiva temporale nell'adolescenza: studio teorico-metodologico. *Psiche*, 2, 48- 61.

Makros, J., Mccabe, M.P. (2001). Relationships Between Identity and SelfRepresentations During Adolescence". *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 30, No 5.

Mancini, T. (2001). *Sè e identità*. Roma: Carocci.

Marcia, J.E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-8.

Marcia, J.E. (1994). The empirical study of ego identity. In H.A. Bosma, T.L.G. Graafsma, H.D.Grotevant, D.J. de Levita (a cura di),*Identity and development. An Interdisciplinary approach*, Sage, Thousand Oaks, pp.67-80.

Marcia, J.E., Waterman, A.S., Matteson, D.R., Archer, S.L., Orlofosky, J.L. (1993) (a cura di). Ego identity status. A handbook for psychosocial research. New York: Springer-Verlag.

Meeus, W. (1992). Toward a psychosocial analysis of adolescent identity. In Meeus, W., De Goede, M., Kox, W., Harrelmann, K., *Adolescence, careers and cultures*, Berlin, de Gruyter.

Meeus, W. (1996). Studies on identity development in adolescence. An overview of research and some new data. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 569-98.

Nurmi, J. E., Poole, M. E., Kalakoski, V. (1996). Age differences in adolescent identity exploration and commitment in urban and rural environments. *Journal of Adolescence,* 19, 443-452.

Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and facilitation of intrinsic motivation social development, and well-being. *American Psychologist*, n. 55, 68-78.

Schwartz, S.J. (2002). Convergent validity in objective measure of identity status: implications for identity status theory. *Adolescence*, 37, 609-625.

Schwartz, S.J. (2004). Brief report: Construct validity of two identity status measures: the EIPQ and the EOM-EIS2. *Journal of Adolescence*, 27, 477-483.

Schwartz, S.J., Dunham, R.M. (2000). Identity status formulae: generating continuous measures of the identity statuses from measures of exploration and commitment. *Adolescence*, 35, 137-145.

Szadejko, K. (2003). Percezione di autonomia, competenza e relazionalità. Adattamento italiano del questionario Basic Psychological Needs Scale. *Orientamenti Pedagogici,* 50, 853-872.

Wills, T.A., Sandy, J.M., Yaeger, A.M. (2001). Time perspective and early-onset substance use: A model based on stress-coping theory. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 2, 118-125.

Zimbardo, P.G. (2004). A new perspective on psychological time: theory, research and assessment of individual differences in temporal perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 4: 451-470.

Ricevuto : 14 settembre 2008
Revisione ricevuta : 23 febbraio 2009

Giornale di Psicologia, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9558

Giornaledipsicologia.it, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9450

Asimmetrie emisferiche in compiti di discriminazione della frequenza e posizione spaziale

Marzia DEL ZOTTO

IBFM del CNR, Fondazione San Raffaele, Dipartimento di Psicologia della Università Milano-Bicocca

ABSTRACT – *Hemispherical asymmetries in frequency and spatial position discrimination tasks* - The main goal of this research was to investigate cerebral functional asymmetries by means of two selective attentional tasks to location and to shape. Stimuli were square-wave gratings of four different spatial frequencies (0.75, 1.5, 3, 6 c/g), presented in two distinct positions with unlike spatial coordinates but equidistant from the fixation point, on the left and right upper visual fields. Behavioral analyses within subjects were performed for every task, also matching the data of the two tasks. Results showed interesting differences in the mechanism underlying the two distinct selective processes for the space end the shape. Data are discussed in the light of the features integration hypothesis, suggesting flexible attentional systems, configured to operate for a given task in a given environment. KEY WORDS: Selective attention, Position, Spatial frequency, Asymmetries.

RIASSUNTO – Lo scopo principale della ricerca è stato quello di indagare l'esistenza di asimmetrie emisferiche mediante due distinti compiti di attenzione selettiva allo spazio e all'oggetto. Gli stimoli fisici erano costituiti da reticoli a onda quadra di 4 diverse frequenze spaziali (0.75, 1.5, 3, 6 c/g), che potevano comparire in modo randomizzato nei quadranti superiori destro e sinistro dello schermo, in due diverse posizioni equidistanti dal punto di fissazione ma aventi diverse coordinate spaziali. L'analisi intrasoggetti dei dati comportamentali è stata effettuata distintamente per ogni singolo compito, e successivamente confrontando i due compiti. I risultati hanno fatto emergere interessanti differenze nei meccanismi che stanno alla base dei due diversi processi cognitivi di selezione dello spazio e dell'oggetto. Essi vengono discussi sulla base dell'ipotesi dell'integrazione delle caratteristiche, suggerendo una flessibilità dei sistemi attenzionali atti ad operare specificatamente per un dato compito, in un determinato ambiente. PAROLE CHIAVE: Attenzione selettiva, Posizione, Frequenza spaziale, Asimmetrie.

Introduzione[1]

L'attenzione è in grado di selezionare e guidare l'elaborazione di certi tipi di stimoli o di risposte rispetto ad altri. L'attenzione visiva può essere diretta a caratteristiche spaziali e non spaziali. Numerose ricerche elettrofisiologiche hanno studiato i meccanismi di elaborazione selettiva legate allo spazio e all'oggetto trovando a volte risultati contrastanti (Baas, Kenemans, e Mangun, 2002; Martinez et Al, 2001; Zani e Proverbio, 2005) In particolare, uno degli argomenti più dibattuti concerne la relazione delle caratteristiche fisiche degli stimoli visivi e il tipo di compito attentivo utilizzato. Tali fattori possono influenzare e determinare asimmetrie emisferiche nell'elaborazione delle caratteristiche spaziali e non spaziali, e anche asimmetrie cerebrali per differenti tipi di frequenze spaziali (Proverbio, Zani e Avella, 1996).

Una delle teorie più diffuse e accreditate riguardo alla lateralizzazione emisferica è quella elaborata da Sergent (1982) che concerne l'analisi delle alte e basse frequenze e le caratteristiche locali e quelle globali degli stimoli visivi. La Sergent è partita dal presupposto che la struttura locale di un pattern gerarchico ha una frequenza spaziale più alta rispetto alla struttura globale, proponendo un modello secondo cui l'emisfero sinistro sarebbe dotato di maggiori capacità nel rappresentare le informazioni mediate da frequenze spaziali elevate, mentre quello destro sarebbe più specializzato nell'elaborazione delle informazioni a bassa frequenza. Successivi studi comportamentali (Proverbio, Zani e Avella, 1997), elettrofisiologici (Kenemans et Al, 2000), di

[1] Si ringraziano i prof. Alice Mado Proverbio, del dipartimento di Psicologia dell'Università Milano-Bicocca, e Alberto Zani, dell'IBFM (CNR) di Segrate, per il gentile supporto e per la lettura del manoscritto. Si ringrazia il prof. George Ron Mangun del Center for Mind and Brain, UC Davis University (CA), per avermi ospitata nel suo centro di ricerca e per aver collaborato alla realizzazione degli esperimenti. Si ringrazia inoltre la Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor per avermi sovvenzionata durante gli anni di studio e ricerca del mio dottorato.

neuroimmagine (Martinez et Al, 1997) e neuropsicologici (Peyrin et Al, 2006) hanno confermato questi dati, sebbene in altre ricerche non siano state trovate tali asimmetrie emisferiche. A tal proposito, ricerche di meta-analisi in cui sono stati analizzati risultati differenti provenienti da studi con paradigmi simili sulla dicotomia locale-globale (così come elaborazione analitica vs. olistica) hanno messo in evidenza interessanti questioni. Ad esempio Yovel e collaboratori (2001) hanno osservato che gli effetti di lateralizzazione emisferica si verificano maggiormente in certe condizioni piuttosto che altre, quali ad esempio compiti di attenzione divisa rispetto a quelli d'attenzione selettiva, salienza degli stimoli, tipo di compito o risposta (tempi di risposta semplici vs. tempi di risposta a scelta), presentazione foveale vs. lateralizzata. Grabowska e Nowicka (1996) hanno inoltre argomentato che le asimmetrie emisferiche sono correlate al livello di elaborazione di tipo sensoriale o cognitivo. A tal proposito, la superiorità dell'emisfero destro su quello sinistro si verificherebbe in compiti caratterizzati da basse proprietà cognitive ed elevate proprietà percettive. Al contrario, in uno studio di Yoshida e collaboratori (2007), confrontando i dati elettrofisiologici e comportamentali di due esperimenti di attenzione divisa e di attenzione selettiva per caratteristiche globali e locali, è stato dimostrato che le asimmetrie emisferiche emergono a uno stadio tardivo di elaborazione in compiti di attenzione divisa, mentre si osservano sia precocemente che tardivamente in compiti di attenzione selettiva. Ciò ha portato a concludere che l'elaborazione di diverse frequenze spaziali produce asimmetrie emisferiche già a livelli precoci e non solo a livelli tardivi, come sostenuto, invece, in uno studio combinato di PET ed EEG da Heinze e colleghi (1998). Inoltre, successive ricerche elettrofisiologiche hanno trovato non solo un precoce effetto di lateralizzazione per le caratteristiche locali vs. globali in compiti attentivi di stimoli gerarchici (Han et Al, 2001), ma anche una forte interferenza delle alte e basse frequenze in compiti d'attenzione a caratteristiche locali/globali di stimoli complessi (Han et Al, 2003). Più specificatamente, in uno studio di Jiang e Han (2005), dove venivano presentate lettere complesse nei due emispazi di destra e sinistra simultaneamente, è stato trovato che la modulazione dell'attività cerebrale dovuta all'elaborazione di caratteristiche globali e locali dipendeva dalla presenza di basse e alte frequenze, di cui erano composti gli stimoli stessi. L'analisi dei potenziali correlati ad eventi ha rilevato che stimoli complessi ad alta frequenza nella condizione attentiva globale elicitavano componenti elettrofisiologiche precoci, quali la P1 e la P2, più ampie sull'emisfero sinistro rispetto al destro, a partire da 80 ms dalla presentazione dello stimolo. Tali risultati hanno inoltre portato ad ipotizzare che le asimmetrie emisferiche correlate alla percezione di caratteristiche globali/locali dipenderebbe anche dalla presenza delle basse frequenze fin dai primi precocissimi stadi di elaborazione visiva.

Riguardo i processi cerebrali che sottendono l'elaborazione dello spazio, è stata ampiamente dimostrata la dominanza dell'emisfero destro sul sinistro in diversi compiti di attenzione visuo-spaziale e di allerta. In particolare, la corteccia temporo/parietale destra gioca un ruolo cruciale in compiti selettivi spaziali (Corbetta et Al, 1993; Hopfinger, Buonocore e Mangun, 2000). Ciò è stato documentato anche da studi condotti su pazienti con neglet. Ad esempio, è stato osservato che lesioni all'emisfero destro sono più frequentemente associate alla negligenza del campo controlaterale e causano deficit più persistenti e gravi rispetto a sinistre (Mesulam, 1999). Di contro, in adulti sani è stato riscontrato una sovrastima della salienza degli oggetti presentati nel campo sinistro, rivelando un neglet o sottostima rispetto a quelli presentati nel destro, fenomeno conosciuto in letteratura come pseudoneglet (Orr e Nicholls, 2005). Un modello proposto per spiegare i meccanismi che sottendono tale asimmetria è quello in cui si assume che l'emisfero destro è in grado di dirigere l'attenzione sia verso il campo destro che sinistro, mentre l'emisfero sinistro solo verso l'emicampo controlaterale.

Consistentemente, un recente studio fMRI di attenzione visuo-spaziale lateralizzata (Siman-Tov et Al, 2007) ha mostrato che, sebbene entrambi gli emisferi cerebrali si attivassero per entrambi gli emicampi, tale attivazione comunque risultava leggermente minore nell'emisfero sinistro rispetto al destro. Questo risultato ha portato a concludere che tali attivazioni dipendono dalle connessioni interemisferiche che vanno dall'emisfero controlaterale a quello ipsilaterale rispetto al campo di presentazione. A tal proposito è interessante notare il ruolo del compito cognitivo nell'induzione di un pattern di asimmetrie emisferiche. Ad esempio, in uno studio di Nowicka e colleghi (1996) sono state analizzate la relazione tra le connessioni interemisferiche e le asimmetrie funzionali sottostanti. È emerso che il tempo di trasmissione delle informazioni era minore quando queste passavano dall'emisfero non specializzato a quello specializzato rispetto alla direzione opposta, suggerendo così l'esistenza di un meccani-

smo fisiologico che permette un invio di informazioni più veloce a quell'emisfero più efficiente nell'elaborazione di specifiche informazioni.

Altri studi ERP e PET (Heinze et Al, 1994; Mangun et Al, 1997), hanno indagato i meccanismi neurali dell'attenzione visiva spaziale utilizzando coppie di stimoli senza senso presentate in visione periferica ed istruendo i soggetti a prestare attenzione alle coppie che comparivano in un determinato campo visivo. L'attenzione spaziale selettiva produceva un aumento di flusso sanguigno cerebrale nelle aree extrastriate dell'emisfero controlaterale agli stimoli attesi e una modulazione degli ERP precoci sulle aree visive occipitali. I risultati però non hanno fatto emergere una particolare dominanza dell'emisfero destro sul sinistro nell'elaborazione di caratteristiche dell'emicampo.

Altre ricerche hanno studiato la correlazione tra l'elaborazione di caratteristiche spaziali e non, con l'utilizzo di stimoli ad alta e bassa frequenza. Ad esempio, in uno studio ERP di Zani e colleghi (1999), utilizzando reticoli presentati in visione periferica di diversa frequenza spaziale ed istruendo i partecipanti a prestare attenzione a caratteristiche diverse (frequenza o posizione spaziale), è stato possibile distinguere l'effetto dovuto alle caratteristiche degli stimoli da quello dovuto alle specifiche strategie di selezione utilizzate. La selezione della frequenza spaziale modulava ERP più precoci sulle aree visive striate ed extrastriate rispetto alla selezione della posizione spaziale, mentre la componete P3 era più tardiva nel primo caso rispetto al secondo. Inoltre, i tempi di reazione erano più rapidi di circa 100 ms per la posizione rispetto alla frequenza spaziale. Questi dati suggeriscono una parziale indipendenza funzionale dei due sistemi di selezione, entrambi basati su un filtro sensoriale molto precoce, ma fondato su due sistemi anatomicamente e funzionalmente distinti. Anche in questo caso non sono state rilevate significative asimmetrie emisferiche legate alla frequenza spaziale degli stimoli. Un successivo studio comportamentale ha utilizzato stimoli ad alta e bassa frequenza presentati in visione lateralizzata (Okubo e Michimata, 2004). Tale studio era formato da due diversi compiti spaziali in cui ai partecipanti era richiesto o di assegnare una categoria al tipo di relazione spaziale tra diversi stimoli, ad esempio 'sopra/sotto' o 'destra/sinistra', o di valutare la distanza e la posizione dei target in base a un sistema di coordinate metriche. È stata trovata una correlazione tra l'elaborazione categoriale dello spazio e le alte frequenze sull'emisfero sinistro, e tra l'elaborazione delle coordinate spaziali e le basse frequenze sull'emisfero destro, suggerendo così la possibilità che l'elaborazione delle frequenze spaziali possa contribuire a spiegare eventuali asimmetrie emisferiche di processi cognitivi ad lato livello mediate dal tipo di relazione spaziale. Uno studio fMRI di Han e collaboratori (2002) ha messo in evidenza come la specializzazione emisferica per le caratteristiche globali e locali sia modulata e dipenda dalla posizione dei target, (ovvero se sono presentati in visione foveale rispetto a quella periferica) e dallo spettro delle frequenze spaziali che compongo gli stimoli complessi. Essi hanno trovato che le asimmetrie maggiori sulle aree visive striate ed extrastriate si riscontravano quando gli stimoli erano presentati al centro dello schermo, mentre una presentazione non foveale riduceva o annulla tale effetto in quanto vi era una competizione dei due emisferi nell'elaborazione di tali caratteristiche.

La variabilità di risultati emersa in queste ricerche mette in evidenza come l'interpretazione delle asimmetrie cerebrali per l'elaborazione di attributi fisici e spaziali diversi sia piuttosto complessa, in quanto l'emergere di particolari asimmetrie emisferiche dipende sia dal tipo di compito, che dagli stimoli e dalla posizione (eccentricità retinica) utilizzati in un determinato paradigma sperimentale. Per capire meglio la natura dell'elaborazione visiva delle caratteristiche spaziali e non spaziali e i meccanismi cognitivi che sottendono tale modulazione, sono stati ideati due diversi esperimenti di attenzione selettiva alla posizione e alla frequenza spaziale. Lo scopo principale è stato quello di studiare le eventuali differenze tra processi di elaborazione della forma e delle caratteristiche spaziali, con uno specifico interesse per le eventuali asimmetrie emisferiche nell'elaborazione di queste informazioni visive. È stata investigata, inoltre, la presenza di possibili differenze emisferiche nell'elaborazione delle alte e basse frequenze spaziali degli stimoli. Gli esperimenti sono stati effettuati nel laboratorio di elettrofisiologia del Center for Mind and Brain, UC Davis (California).

Metodi

SOGGETTI

Sono stati testati 16 soggetti adulti sani, di entrambi i sessi per entrambi gli esperimenti (9 femmine e 7 maschi; età media 23 anni). Come risultava dal test di preferenza laterale (Salmaso e Longoni, 1985), tutti i partecipanti erano destrimani; 11 presentavano una dominanza oculare destra, 5 sinistra; 8 su 16 presentavano una vista corretta

con lenti. La dominanza oculare è stata controllata con prove empiriche. I partecipanti erano studenti universitari e laureati con pari cultura e livello di istruzione, di diversa nazionalità, psichicamente e neurologicamente sani.

Il protocollo sperimentale è stato approvato dalla commissione etica dell'Università UC Davis (CA). Il consenso informato è stato sottoscritto da ogni partecipante prima dell'inizio degli esperimenti.

Stimoli

Sono stati utilizzati reticoli ad onda quadra bianchi e neri di diversa frequenza spaziale: 0.75, 1.5, 3, 6 c/g, in modalità *pattern onset* con le barre bianche poste verso il centro, e quelle nere verso il lato esterno. Essi apparivano solo nei quadranti superiori al meridiano orizzontale in quatto diverse posizioni, esattamente a destra e sinistra dal punto di fissazione al centro dello schermo. Le quattro diverse frequenze spaziali (0.75, 1.5, 3, 6 c/g) potevano apparire in modo randomizzato o nella posizione denominata 'standard', vale a dire 2° sopra il meridiano orizzontale e 1.5° di lato; o in quella 'non standard', che corrispondeva a 0,5° sopra il meridiano orizzontale e 2.5° di lato. Tale posizioni sono state calcolare tenendo costante la distanza dal punto di fissazione al centro del reticolo, stimata in 5.5° di raggio, in modo da risultare equidistanti dal centro dello schermo. Questo ha permesso di tenere sotto controllo l'eccentricità degli stimoli, rendendoli omogenei da un punto di vista di grandezza retinica, per evitare effetti legati al '*cortical magnification factor M'* (Jamar, 1984). I reticoli si estendevano fino a 3.5° sopra e 5° lungo l'asse orizzontale.

È stata effettuata un'analisi della luminanza degli stimoli. La misurazione è stata eseguita mediante un illuminometro Minolta, CS-100, unità di misura: cd/m^2 (candele al metro quadro). Successivamente è stata calcolata un'ANOVA ad una via, con una variabile a 4 livelli che rappresentavano le otto diverse misurazioni di luminanza effettuate per ogni singolo reticolo, tenendo stabile le condizioni ambientali esterne in cui sono state eseguite tali misurazioni. Il confronto statistico non è risultato significativo, infatti i valori medi di luminanza variavano da 42 a 44 cd/m^2. Tale analisi ha permesso di escludere eventuali effetti legati a luminanze diverse.

Ogni sequenza era formata da 80 stimoli; ciascuna sessione sperimentale consisteva di 10 sequenze per un totale di 800 stimoli, di cui 200 target e 600 non target. La presentazione delle sequenze è stata randomizzata in base al tipo di target, alle mani di risposta e al tipo di compito tra soggetti, che intra-soggetti.

Gli stimoli erano presentati su di un monitor DELL, 17 pollici, collegato ad un computer chiamato "Stimulation", DELL 4600, per la visualizzazione degli stimoli durante la fase sperimentale e la registrazione dei dati comportamentali, mediante il software 'Presentation'.

Procedura

I partecipanti erano seduti su una comoda poltrona ad una distanza di 114 cm dalla schermo (misura che intercorre dal punto di fissazione al nasion), all'interno di una cabina acusticamente ed elettricamente schermata (gabbia di Faraday), con debole illuminazione. Il compito (TR semplici) consisteva nel premere un pulsante con il dito indice della mano destra o della mano sinistra alla comparsa degli stimoli target per consentire la registrazione dei tempi di reazione. La durata della presentazione di ogni stimolo era di 80 ms. Gli stimoli apparivano su schermo ad alta risoluzione a sfondo grigio isoluminante, con un intervallo interstimolo (ISI) compreso tra 1400 e 1450 ms (SOA 1450-1500 ms). Per ogni soggetto sono stati misurati i dati comportamentali contemporaneamente a quelli elettrofisiologici.

L'esperimento consisteva di due compiti distinti. Uno riguardava l'attenzione alla forma indipendentemente dalla posizione spaziale: i volontari dovevano rispondere solo alle frequenza spaziali target (0.75 o 6 c/g). I reticoli non target a frequenze spaziale intermedia fungevano da distrattori. L'altro compito, invece, riguardava l'attenzione alla posizione spaziale indipendentemente dalla forma: i volontari dovevano rispondere alla posizione target indipendentemente dal tipo di reticolo presentato. Anche in questo caso le posizioni target erano solo due, quella destra e quella sinistra definite 'standard'. Le altre fungevano da distrattori. I due compiti sono stati in questo modo bilanciati per grado di difficoltà e risorse cognitive richieste.

Risultati

Per entrambi i compiti sono state eseguite delle analisi della varianza a più vie (ANOVA a misure ripetute) sui tempi di risposta e sui dati di accuratezza (omissioni e i falsi allarmi). A tal fine, le percentuali delle omissioni e i falsi allarmi sono state trasformate in valori arcoseno

Ai fini dell'analisi statistica, per ciascun soggetto sono stati rigettati i tempi di reazione che eccedevano +/-2 deviazioni standard dalla media in entrambi i compiti.

COMPITO D'ATTENZIONE ALLA FREQUENZA SPAZIALE

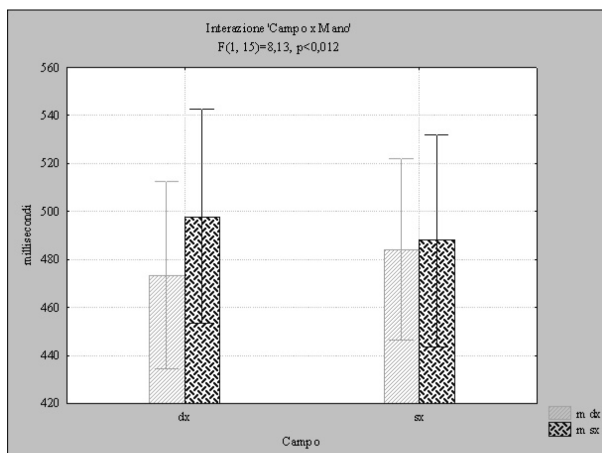
Tempi di risposta

È stata eseguita un'analisi della varianza sui tempi di risposta, considerando i seguenti fattori:

1. frequenza spaziale (FS 0.75 e 6 c/g)
2. mano di risposta (destra e sinistra)
3. campo di presentazione (destro e sinistro)

È risultato significativo il fattore 'Frequenza Spaziale' [F(1,15)=5.5, p<0.03] e 'Mano' [F(1,15)=9.23, p<0.008] *per se*. I soggetti rispondevano più velocemente alla frequenza spaziale alta rispetto a quella bassa (medie rispettive: 6 c/g = 478 ms e 0.75 c/g = 494 ms), più rapidamente con la mano destra che con la sinistra (medie rispettive: dx = 479 ms e sx = 492 ms). L'interazione 'Mano x Campo' indicava un beneficio per gli stimoli presentati nel campo ipsilaterale alla mano di risposta rispetto a quando erano presentati controlateralmente (si veda fig. 1).

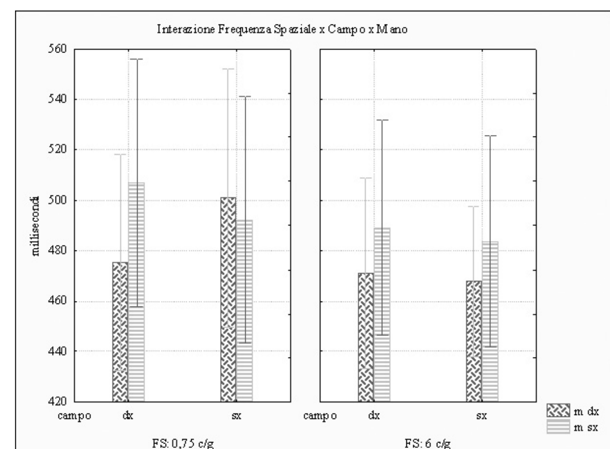
Figura 1 - Il grafico mostra le grandi medie dei tempi di reazione e relativi errori standard, derivanti dall'interazione del campo di presentazione con la mano di risposta. Le barre verticali indicano intervalli di confidenza al 0.95.



In particolare, i confronti Post-Hoc tra le medie (Test HSD Tukey) mostravano una differenza significativa per la mano di risposta solo nel caso in cui i target apparivano nel campo destro (mano dx = 473 ms vs. mano sx = 498 ms, p<0.002). Non si osserva, invece, alcuna differenza significativa tra i tempi di risposta emessi con le due mani nel campo visivo sinistro.

Dall'analisi della varianza, risultava significativa anche la tripla interazione 'Frequenza Spaziale x Mano x Campo' [F(1,15)=8.2, p<0.02]. I confronti tra le medie delle singole categorie (Test LSD Fisher) indicavano un vantaggio statisticamente significativo per i tempi di reazione dati alle frequenze spaziali target 0,75 c/g che cadevano nel campo ipsilaterale alla mano di risposta. In particolare, erano più rapide le risposte emesse con la mano destra (475 ms) rispetto alla sinistra (501 ms) solo per i target presentati nel campo visivo destro. Nel caso invece della frequenza spaziale 6 c/g, le risposte emesse con la mano destra risultavano sempre più rapide rispetto a quelle emesse con la mano sinistra indipendentemente dal campo di presentazione, come si può osservare in figura 2.

Figura 2 - Nei grafici sono riportate le medie dei tempi di risposta con relative errori standard per ogni singola categoria target in funzione dalla mano in interazione con il campo di presentazione.



Accuratezza

Nell'analisi dei falsi allarmi si è tenuto conto dei seguenti fattori:

1. rilevanza della frequenza spaziale;
2. mano di risposta (sinistra, destra);
3. frequenze spaziali dello stimolo fisico (0.75, 1.5, 3 e 6 c/g).

Dall'interazione 'Rilevanza della Frequenza Spaziale x Frequenza Spaziale dello Stimolo' [F(1,15)=3524, p<0.0000], è emerso che i partecipanti, quando rispondevano alla frequenza target 0.75 c/g, commettevano un maggior numero di errori scegliendo i reticoli 1.5 rispetto a quelli 3 c/g,

mentre, quando rispondevano alla frequenza target più elevata 6 c/g, il numero di errori era maggiormente per i reticoli 3 rispetto a quelli 1.5 c/g.

Nell'analisi delle omissioni non è emersa alcuna statistica significativa.

COMPITO D'ATTENZIONE ALLO SPAZIO

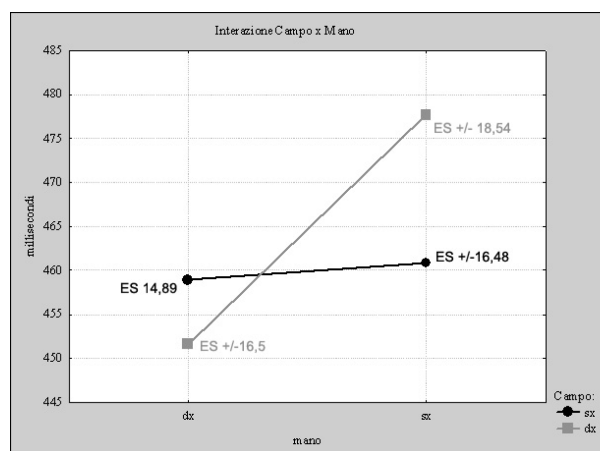
Tempi di risposta

È stata eseguita un'analisi della varianza sui tempi di risposta, considerando i seguenti fattori:

1. mano di risposta (destra e sinistra)
2. campo di presentazione (destro e sinistro)

È risultata significativa l'interazione 'Mano x Campo' [$F(1,15)=8.49$, $p<0.01$]. Dall'analisi dei confronti post-hoc (Test LSD) risultava che le risposte date alla posizione target di sinistra con la mano sinistra erano più veloci rispetto a quelle date con la mano destra (medie rispettive: 460 ms vs. 478 ms, $p<0.02$). Un maggiore beneficio si osservava anche quando i soggetti prestavano attenzione a destra rispondendo con la stessa mano (campo destro: mano dx = 452 ms vs. mano sx = 478 ms, $p<0.0005$; si veda fig. 3). È stato osservato, inoltre, che la mano destra tendeva a produrre tempi di risposta più veloci rispetto alla sinistra (fattore 'Mano' *per se*: $F(1,15)=4.15$, $p<0.06$).

Figura 3 - Il grafico mostra i valori medi dei tempi di reazione e i relativi errori standard in funzione della posizione spaziale e della mano di risposta .



Accuratezza

Nell'analisi dei falsi allarmi si è tenuto conto dei seguenti fattori:

1. condizione attentiva (L+ = rilevante, L- = irrilevante);
2. mano di risposta (sinistra, destra);
3. quadrante (sinistro, destro);
4. posizione (Ps = standard, Pns = non standard).

L'analisi ha messo in evidenza che il maggior numero di risposte errate era emesso per la posizione non standard, (quindi non target), all'interno del quadrante rilevante, rispetto alle posizioni standard e non standard del quadrante irrilevante [valori arcoseno: L+Pns = 6.7 vs. i) L-Ps = 0.2, $p<0.000$ e ii) L-Pns = 0.97, $p<0.02$; confronti post-hoc HSD Tukey]. Dall'analisi delle omissioni non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa.

CONFRONTO TRA COMPITO DI ATTENZIONE ALLA FREQUENZA SPAZIALE E ALLA POSIZIONE

È stata eseguita un'analisi della varianza per confrontare i tempi di risposta totali dei singoli soggetti nei due diversi compiti di selezione. In questo caso, si è tenuto conto di un unico fattore a due livelli, ossia il tipo di compito. È emersa una netta differenza di 24 ms a vantaggio del compito attentivo per la posizione spaziale rispetto a quello per l'oggetto (medie rispettive: 462 ms vs. 486 ms, $F(1,15)=5.03$, $p<0.04$).

La percentuale totale delle omissioni nel compito di attenzione alla posizione spaziale era del 1.72%, mentre nel compito di attenzione alla frequenza spaziale ammontava a 1.28%.

La percentuale totale dei falsi allarmi nel compito di attenzione alla posizione spaziale era del 0.95%, mentre nel compito di attenzione alla frequenza spaziale ammontava a 1%.

La percentuale di risposte corrette per il compito di attenzione alla posizione spaziale era circa 98%; quella del compito attentivo alla frequenza spaziale era circa 99%.

Discussione

Dall'analisi dei dati comportamentali, per il compito di attenzione alla frequenza spaziale, è emerso un vantaggio per i reticoli 6 c/g rispetto a quelli 0.75 c/g. Ciò indica una maggiore abilità del nostro sistema percettivo visivo nella discriminazione delle alte frequenze, in accordo con i risultati della letteratura (Liu et Al, 2007; Proverbio et Al, 1997). Più in generale, si è osservata una maggiore efficienza della mano destra rispetto alla sinistra nella velocità di risposta. Questo è in parte indice del tipo di risposta motoria correlata alla preferenza laterale destra di tutti i partecipanti (Angrilli et Al,

2001; Marzi et Al, 1988). La maggiore rapidità per le risposte date con la mano ipsilaterale al campo di presentazione (compatibilità mano/campo) indica un vantaggio dovuto al fatto che viene coinvolto lo stesso emisfero per l'elaborazione degli stimoli; d'altra parte indica conflitto o competizione dei due emisferi cerebrali nel caso in cui mano e campo siano controlaterali. La tripla interazione del campo e dalla mano con il tipo di frequenza spaziale indica la presenza di asimmetrie emisferiche in funzione del tipo di target. Di fatto, sia le alte che le basse frequenze elicitano risposte più veloci nel caso di mano ed emicampo destri rispetto alla mano controlaterale sinistra. Però, solo la frequenza spaziale 6 c/g mostra una netta preferenza della mano destra in entrambi gli emicampi, cosa che non avviene per gli stimoli 0.75 c/g. Questo dato indica chiaramente una lateralizzazione nell'elaborazione per stimoli ad alta frequenza in favore dell'emisfero sinistro rispetto al destro, in accordo con la nota teoria della Sergent (1982). Comunque, le asimmetrie emisferiche, risultanti dai dati comportamentali presi in esame, non sono osservabili per entrambi le mani. In questo esperimento, infatti, è necessario tener conto dei quadranti usati (solo quelli superiori) e della modalità di presentazioni degli stimoli. La specializzazione funzionale per il tipo di emispazio, superiore vs. inferiore, studiata soprattutto in relazione alle origini del sistema visivo dei primati (per una rassegna si veda Previc, 1990) potrebbe spiegare più in dettagli i nostri risultati. A tal proposito, in letteratura numerose ricerche elettrofisiologiche e di neuroimmagine nell'uomo hanno dimostrato delle asimmetrie nella corteccia visiva legate all'elaborazione di stimoli che cadono in diverse posizioni dello spazio (Boeschoten et Al, 2005; Edgar e Smith, 1990; Engel, Glover, e Wandell, 1997; Proverbio et Al, 1996; Woldorff et Al, 1997). Esse hanno indicato una maggiore superiorità di elaborazione per lo spazio vicino (peripersonale) nei quadranti che cadono sotto il meridiano orizzontale, e un'elaborazione più profonda per lo spazio lontano (extrapersonale) nei quadranti che cadono sopra il meridiano orizzontale. Studi di neurofisiologia su animali non primati (Perry e Cowey, 1985) hanno mostrato che nella retina la densità dei coni e dei bastoncelli è maggiore per i quadranti inferiori vs. superiori e che esiste un maggior numero di connessioni neurali tra il nucleo genicolato laterale, l'area V1 e l'area temporale mediale per i quadranti inferiori rispetto a quelli superiori (Connolly e Van Essen, 1984). Ciò potrebbe spiegare il motivo secondo cui l'elaborazione delle caratteristiche non spaziali nello spazio vicino sarebbe migliore nei quadranti inferiori rispetto ai superiori. Inoltre, secondo la teoria di Previc (1990), il sistema visivo umano si è evoluto sviluppando un'acuità maggiore per la discriminazione delle caratteristiche non spaziali a bassa frequenza nello spazio vicino (peripersonale) sotto il meridiano orizzontale e per la discriminazione delle alte frequenze nello spazio lontano (extrapersonale) sopra il meridiano orizzontale. Come dimostrato anche in uno studio di Cocito e collaboratori (1977), nei quadranti inferiori si verificherebbe un beneficio a favore delle frequenze spaziali basse rispetto a quelle alte. Nel nostro caso specifico, gli stimoli sono stati presentati solo nei quadranti superiori e non in quelli inferiori, avvantaggiando probabilmente l'elaborazione di un certo tipo di frequenza rispetto all'altra, ossia quella più alta rispetto a quella più bassa. Inoltre, i dati qui riportati fanno emergere una maggiore efficienza dell'emisfero sinistro vs. destro nell'elaborazione delle caratteristiche non spaziali in generale, ma non vi è una netta distinzione o asimmetria tra i due tipi di frequenze target. Questo potrebbe essere spiegato secondo la teoria di Han (2002) per cui una presentazione periferica degli stimoli, rispetto a quella foveale, aumenterebbe la competizione degli emisferi nel processo di elaborazione percettiva, riducendo o annullando l'effetto di lateralizzazione.

L'analisi dei falsi allarmi indica chiaramente una maggiore difficoltà nella presa di decisione quando gli stimoli non target sono molto simili a quelli target, in quanto si verifica un maggiore sforzo cognitivo o carico di lavoro nell'inibizione di distrattori che condividono delle caratteristiche simili ai target.

L'analisi dei risultati per il compito attentivo alla posizione spaziale ha messo in evidenza un forte beneficio a favore degli stimoli presentati nel campo ipsilatereale alla mano di risposta. Inoltre si può osservare come l'emisfero destro, a differenza di quello sinistro, (si veda fig. 3, valori medi del campo sinistro) sia più specializzato nel controllare e guidare l'analisi dello spazio, in quanto non vi sono differenze di prestazioni tra le due mani utilizzate dai partecipanti.

L'analisi dei falsi allarmi fa emergere un effetto di interferenza a livello decisionale per le posizioni non target vicine a quelle target, che cadono entrambe nello quadrante atteso, indicando un carico di lavoro maggiore nell'inibizione delle posizioni non target che condividono delle caratteristiche simili a quelle target. Ciò è in linea con il modello del gradiente attentivo dell'elaborazione delle caratteristiche spaziali, secondo cui le risorse attentive sarebbero massime in coincidenza della posizione

del focus attentivo e diminuirebbero in modo lineare con l'aumento della distanza dal focus (La Berge e Brown, 1989; Posner et Al, 1980).

Probabilmente anche la variabilità nella dominanza emisferica tra i soggetti, dovuta a una non completa preferenza laterale di mano ed occhio destri, può portare all'utilizzo di strategie attentive diverse, che coinvolgono maggiormente un emisfero piuttosto che l'altro nel caso di lateralità elevata, oppure, che implicano una cooperazione tra i due emisferi nel caso di indice di lateralità basso. Questa variabile sommata al tipo di presentazione degli stimoli potrebbe diminuire o annullare la comparsa di asimmetrie emisferiche che tendono ad emergere dall'elaborazione di determinati stimoli target usati in entrambi i compiti. Inoltre, è stato dimostrato che in soggetti destrimani l'emisfero cerebrale sinistro è deputato alla selezione delle risposte motorie, avendo un vantaggio temporale nell'elaborazione degli stimoli presentati nell'emicampo destra rispetto al tempo di elaborazione dell'emisfero destro per gli stimoli presentati nella controparte sinistra (Spironelli et Al, 2006). Il fatto che nel nostro esperimento risulti significativamente più efficiente la mano destra nel rispondere agli stimoli target per il compito dell'attenzione alla forma indipendentemente dal campo di presentazione e non in quello della locazione, potrebbe indicare un maggiore coinvolgimento dell'emisfero sinistro rispetto al destro nei processi cognitivi che stanno alla base della discriminazione ed elaborazione delle caratteristiche fisiche e percettive degli oggetti. La differenza sostanziale tra i due compiti si osserva comunque nell'efficienza delle risposte ai target, in quanto si verifica una rapidità maggiore nel compito di selezione allo spazio rispetto all'oggetto, nonostante i compiti fossero simili per grado di difficoltà e risorse cognitive richieste. Ciò è infatti confermato dalla percentuale degli errori pressoché identica nei due diversi compiti. In linea con un precedente studio di Zani e collaboratori (1999), sebbene nel nostro caso lo scarto dei tempi di risposta tra i due compiti sia minore rispetto allo studio citato proprio perché è stata bilanciata la probabilità di presentazione dei target vs. i non target e il grado di difficoltà in entrambi i compiti, i nostri dati indicano comunque una netta differenza tra i due processi cognitivi, dovuta al fatto che coinvolgono meccanismi anatomo-funzionali diversi.

Di fatto il nostro esperimento indica delle asimmetrie emisferica per i due diversi tipi di compiti, in quanto essi coinvolgono strategie attentive diverse ed indipendenti che stanno alla base dell'elaborazione delle caratteristiche spaziali e non spaziali. Questo risultato supporta l'ipotesi di una coesistenza dei modelli attentivi basati sulla posizione e sull'oggetto, in cui l'elaborazioni della locazione e del tipo di target possono essere indipendente l'una dall'altra. Uno forma di attenzione non sempre predomina sull'altra, ma l'emergere di una piuttosto che dell'altra dipende principalmente dal tipo di stimolo e di compito (Mozer e Vecera, 2005). Più in generale, il sistema attenzionale è flessibile ed è configurato per operare specificatamente in una data condizione che comprende uno specifico compito in un ambiente prestabilito.

Conclusione

Il presente studio ha dimostrato delle asimmetrie cerebrali legate principalmente alla preferenza manuale e al tipo di compito attentivo. Ciò probabilmente è dovuta anche alla presentazione dei target in visione periferica, che aumenterebbe l'efficienza della mano ipsilaterale al campo con effetti evidenti soprattutto a uno stadio tardivo di elaborazione, che corrisponde ai tempi di risposta. Si sono riscontrate, inoltre, asimmetrie per le categorie di stimoli usati. I nostri dati, in linea con un'ipotesi della coesistenza ed integrazione delle caratteristiche, suggeriscono che la natura del compito e il tipo di presentazione degli stimoli sono in grado di influenzare il tipo di processo attenzionale predominante, facendo supporre che la forza e la direzione dell'elaborazione sia soggetta a un controllo da parte di specifiche strategie cognitive usate. Sicuramente, l'analisi dei potenziali correlati ad eventi potrà spiegare meglio l'insorgenza di eventuali asimmetrie cerebrali e differenze nelle vie visive deputate all'elaborazione dello spazio e dell'oggetto sai a livello precoce che tardivo.

Riferimenti bibliografici

Angrilli, A., Zorzi, M., Tagliabue, M., Stegagno, L., Umiltà, C. (2001). Cortical plasticity of spatial stimulus-response associations: electrophysiological and behavioral evidence. *Neuroreport.* , *12*(5), 973-977.

Baas, J. M. P., Kenemans, J. L., Mangun, G. R. (2002). Selective attention to spatial frequency: an ERP and source localization analysis. *Clinical Neurophysiology, 113*(11), 1840-1854.

Boeschoten, M. A., Kemner, C., Kenemans, J. L., van Engeland, H. (2005). Time-varying differences in evoked potentials elicited by high versus low spatial

frequencies: a topographical and source analysis. *Clinical Neurophysiology, 116*(8), 1956-1966.

Cocito, L., Favale, E., Tartagllione, E. (1977). Asimmetrie funzionali tra emicampo visivo superiore ed inferiore nel soggetto normale. *Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale, 53*, 629-633.

Connolly, M., Van Essen, D. (1984). The representation of the visual field in parvicellular and magnocellular layers of the lateral geniculate nucleus in the macaque monkey. *The Journal of Comparative Neurology, 226*(4), 544-564.

Corbetta, M., Miezin, F. M., Shulman, G. L., Petersen, S. E. (1993). A PET study of visuospatial attention. *The Journal of Neuroscience, 13*(3), 1202-1226.

Edgar, G. K., Smith, A. T. (1990). Hemifield differences in perceived spatial frequency. *Perception 19*(6), 759-766.

Engel, S. A., Glover, G. H., Wandell, B. A. (1997). Retinotopic organization in human visual cortex and the spatial precision of functional MRI. *Cerebral Cortex, 7*(2), 181-192.

Grabowska, A., & Nowicka, A. (1996). Visual-Spatial-Frequency Model of Cerebral Asymmetry: A Critical Survery of Behavioral Electrophysiology Studies. *Psychological Bulletin, 120*(3), 434-449.

Han, S., He, X., Yund, E. W., Woods, D. L. (2001). Attentional selection in the processing of hierarchical patterns: an ERP study. *Biological Psychology, 56*(2), 113-130.

Han, S., Weaver, J. A., Murray, S. O., Kang, X., Yund, E. W., Woods, D. L. (2002). Hemispheric Asymmetry in Global/Local Processing: Effects of Stimulus Position and Spatial Frequency. *NeuroImage, 17*(3), 1290-1299.

Han, S., Yund, E. W., Woods, D. L. (2003). An ERP study of the global precedence effect: the role of spatial frequency. *Clinical Neurophysiology, 114*(10), 1850-1865.

Heinze, H. J., Hinrichs, H., Scholz, M., Burchert, W., Mangun, G. R. (1998). Neural Mechanisms of Global and Local Processing: A Combined PET and ERP Study. *Journal of Cognitive Neuroscience, 10*(4), 485-498.

Heinze, H.J., Mangun, G. R., Burchert, W., Hinrichs, H., Scholz, M., Munte, T. F., et al. (1994). Combined spatial and temporal imaging of brain activity during visual selective attention in humans. *Nature*, 372(6506), 543-546.

Hopfinger, J. B., Buonocore, M. H., Mangun, G. R. (2000). The neural mechanisms of top-down attentional control. *Nature Neuroscience 3*, 284-291.

Jamar, J. H. T., Kwakman, L.F.Tz., Koenderink, J.J. (1984). The sensitivity of the peripheral visual system to amplitude-modulation and frequency-modulation of sine-wave patterns. *Vision Research, 24*(3), 243-249.

Jiang, Y., Han, S. (2005). Neural mechanisms of global/local processing of bilateral visual inputs: an ERP study. *Clinical Neurophysiology, 116*(6), 1444-1454.

Kenemans, J. L., Baas, J. M. P., Mangun, G. R., Lijffijt, M., Verbaten, M. N. (2000). On the processing of spatial frequencies as revealed by evoked-potential source modeling. *Clinical Neurophysiology, 111*(6), 1113-1123.

La Berge, D., Brown, V. (1989). Theory of attentional operation in shape identification. *Psychological Review, 96*, 101-124.

Liu, T., Heeger, D. J., Carrasco, M. (2007). Neural correlates of the visual vertical meridian asymmetry. *Journal of Vision, 6*(11), 1294-1306.

Mangun, G. R., Hopfinger, J. B., Kussmaul, C. L., Fletcher, E. M., Heinze, H. J. (1997). Covariations in ERP and PET measures of spatial selective attention in human extrastriate visual cortex. *Human Brain Mapping, 5*(4), 273-279.

Martinez, A., Di Russo, F., Anllo-Vento, L., Sereno, M. I., Buxton, R. B., Hillyard, S. A. (2001). Putting spatial attention on the map: timing and localization of stimulus selection processes in striate and extrastriate visual areas. *Vision Research, 41*(10-11), 1437-1457.

Martinez, A., Moses, P., Frank, L., Buxton, R., Wong, E., Stiles, J. (1997). Hemispneric asymmetries in global and local processing: evidence from fMRI. *Neuroreport, 8*(7), 1685-1689.

Marzi, C. A., Grabowska, A., Tressoldi, P., Bisiacchi, P. S. (1988). Left hemisphere superiority for visuospatial functions in left-handers. *Behavioural Brain Research, 30*(2), 183-192.

Mesulam, M. M. (1999). Spatial attention and neglect: parietal, frontal and cingulate contributions to the mental representation and attentional targeting of salient extrapersonal events. *Philosophical Transactions of Biological Sciences, 354*(1387), 1325-1346.

Mozer, M., & Vecera, S. (2005). Space- and object-based attention. In L. Itti, G. Rees & J. K. Tsotsos (Eds.), *Neurobiology of Attention* (pp. 130-134). San Diego Elsevier Academic Press.

Nowicka, A., Grabowska, A., Fersten, E. (1996). Interhemispheric transmission of information and functional asymmetry of the human brain. *Neuropsychologia, 34*(2), 147-151.

Okubo, M., Michimata, C. (2004). The Role of High Spatial Frequencies in Hemispheric Processing of Categorical and Coordinate Spatial Relations. *Journal of Cognitive Neuroscience, 16*(9), 1576.

Orr, C. A., Nicholls, M. E. (2005). The nature and contribution of space- and object-based attentional biases to free-viewing perceptual asymmetries *Experimental Brain Research, 162*(3), 384-393.

Perry, V. H., Cowey, A. (1985). The ganglion cell and cone distributions in the monkey's retina: Implications for central magnification factors. *Vision Research, 25*(12), 1795-1810.

Peyrin, C., Chokron, S., Guyader, N., Gout, O., Moret, J., Marendaz, C. (2006). Neural correlates of spatial frequency processing: A neuropsychological approach.

Brain Research, 1073-1074, 1-10.

Posner, M. I., Snyder, C. R., Davidson, B. J. (1980). Attention and the detection of signals. *Journal of Experimental Psychology: General, 109*(2), 160-174.

Previc, F. H. (1990). Functional specialization in the lower and upper visual fields in humans: its ecological origins and neurophysiological implications. . *Behavioral and Brain Sciences 13*, 519-575.

Proverbio, A. M., Zani, A., Avella, C. (1996). Differential activation of multliple current source of foveal VEPs as a function of spatial frequency. *Brain Topography, 9*, 56-68.

Proverbio, A. M., Zani, A., Avella, C. (1997). Hemispheric asymmetries for spatial frequency discrimination in a selective attention task. *Brain Cognition, 34*(2), 311-320.

Salmaso, D., Longoni, A. M. (1985). Problems in the assessment of hand preference. *Cortex, 21*, 533-549.

Sergent, J. (1982). The cerebral balance of power: confrontation or cooperation? *Journal of Experimental Psychology. Human Perception and Performans, 8*(2), 253-272.

Siman-Tov, T., Mendelsohn, A., Schonberg, T., Avidan, G., Podlipsky, I., Pessoa, L., et al. (2007). Bihemispheric Leftward Bias in a Visuospatial Attention-Related Network. *J. Neurosci., 27*(42), 11271-11278.

Spironelli, C., Tagliabue, M., Angrilli, A. (2006). Asymmetrical hemispheric EEG activation evoked by stimulus position during the Simon task. *Neuroscience Letters, 399*(3), 215-219.

Woldorff, M. G., Fox, P. T., Matzke, M., Lancaster, J. L., Veeraswamy, S., Zamarripa, F., et al. (1997). Retinotopic Organization of Early Visual Spatial Attention Effects as Revealed by PET and ERPs. *Human Brain Mapping*(5), 280-286.

Yoshida, T., Yoshino, A., Takahashi, Y., Nomura, S. (2007). Comparison of hemispheric asymmetry in global and local information processing and interference in divided and selective attention using spatial frequency filters *Experimental Brain Research, 181*, 519-529.

Yovel, G., Yovel, I., Levy, J. (2001). Hemispheric asymmetries for global and local visual perception: Effects of stimulus and task factors. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 27*(6), 1369-1385.

Zani, A., Avella, C., Lilli, S., Proverbio, A. M. (1999). Scalp current density (SCD) mapping of cerebral activity during object and space selection in humans. *Biomedizinische Technik 44*(2), 162-165.

Zani, A., Proverbio, A. M. (2005). The timing of attentional modulation of visual processing as indexed by ERPs. In L. Itti, G. Rees & J. Tsotsos (Eds.), *Neurobiology of Attention* (pp. 514-519). San Diego (USA): Elsevier Academic Press.

Ricevuto : 25 luglio 2008
Revisione ricevuta : 25 febbraio 2009

Giornale di Psicologia, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9558

Giornaledipsicologia.it, Vol. 3, No. 1, 2009
ISSN 1971-9450

La nascita: uno sguardo al vissuto materno. Una ricerca empirica sull'impatto di tre modalità di parto sull'emozionalità e le rappresentazioni materne

Pier Luigi RIGHETTI*, Alessandra PERNICI*, Dario CASADEI**, Fabio PANIZZO*, Cesare ROMAGNOLO*, Tiziano MAGGINO*

* Servizio di Psicologia Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale dell'Angelo di Mestre (Ve)
**Servizio di Psicologia Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Civile di Mirano (Ve)

ABSTRACT – *The birth: A look at the mothers' psychological view. An empirical research on the impact of three methods of birth on emotionality and maternal representations* - In line with the most recent studies of the clinical psychology, this search deepens the theme regarding the psychopathological reactions of the woman to the birth. It intends us to put to comparison three different formalities of birth, eutocico, in water and programmed caesarian section, with the purpose to underline the benefits and the advantages of the birth in water. The attention is in specific revolt to the stress, to the anxiety, to the post-partum depression and, besides, to her new-mother's perceptions towards herself as woman and mother, towards the partner as husband and man, towards the child. The study includes 90 women distributed in the three groups "caesarian" (30 ss.), "eutocico" (30 ss.) and birth in "water" (30 ss.). Four tools of measure have been used for the analysis of the anxiety (STAI, of Spielberger of the 1983 in the italian version of Pedrabissi and Santinello of the 1989, and ASQ, of Krug, Scheier, Cattel of the 1976, in the italian version of Novaga and Pedon of the 1978), of the depression (EPDS, Cox, Holden, Sagovsky, 1987), and of the maternal representations (MATE-R, Fava Vizziello, Stocco, 1997). Through a statistic analysis (ANOVA univariata, frequencies, distributions, test multivariati, analysis post-doc) and an analysis descriptive/qualitative, the results inside the three groups of birth don't confirm meaningful differences in the levels of anxiety and depression; to the study of the MATE-R the women's perceptions in the three groups differ in the answers related to the dicotomies resourceful-timid, independent-dependent and intrusive-not intrusive. In this case, the perception of the child introduces interesting differences, that concern strong and particular adjectives: the relative difference above all to the intrusive-not intrusive couple it recalls really our theoretical formulation, the possibility, in other words, to live the arrival of the child in different way according to the select birth (the perception of the child mostly seems characterized by rapresentation's changes). We believe that isn't the formality of birth that determines the emozionality of the woman in the post-partum, but the fact that it can choose following her own predispositions and way of living as it desires the birth of the child. To choose the formality (on suggestion of careful personnel to the lived emotional), to think her, to imagine her and then to live her with preparation can determine a different impact of the event, to difference, instead, of those women that not. KEY WORDS: Birth, Modes of birth, Emotions, Maternal representations.

RIASSUNTO – In linea con i più recenti studi della psicologia clinica, questa ricerca approfondisce il tema riguardante le reazioni psicopatologiche della donna al parto. Ci si propone di mettere a confronto tre diverse modalità di parto, eutocico, in acqua e cesareo programmato, con lo scopo di evidenziare i benefici ed i vantaggi del parto in acqua. L'attenzione è in specifico rivolta allo stress, all'ansia, alla depressione post-partum ed, inoltre, alle percezioni della neo-mamma nei confronti di se stessa, come donna e madre, nei confronti del partner, come marito e uomo, nei confronti del piccolo. Lo studio comprende 90 donne distribuite nei tre gruppi "cesareo" (30 ss.), "eutocico" (30 ss.) e parto in "acqua" (30 ss.). Sono stati utilizzati quattro strumenti di misura per l'analisi dell'ansia (STAI, di Spielberger del 1983 nella versione italiana di Pedrabissi e Santinello del 1989, e ASQ, di Krug, Scheier, Cattel del 1976, nella versione italiana di Novaga e Pedon del 1978), della depressione (EPDS, Cox, Holden, Sagovsky, 1987), e delle rappresentazioni materne (MATE-R, Fava Vizziello, Stocco, 1997). Attraverso un'analisi statistica (ANOVA univariata, frequenze, distribuzioni, test multivariati, analisi post-doc) e un'analisi descrittivo/qualitativa, i risultati all'interno dei tre gruppi di parto non confermano differenze significative nei livelli d'ansia e di depressione; allo studio della MATE-R le percezioni delle donne nei tre gruppi differiscono nelle risposte relative alle dicotomie intraprendente-timido, indipendente-dipendente e invadente-non invadente. In questo caso, la percezione del bambino presenta differenze interessanti, che riguardano aggettivi forti e particolari: la differenza relativa soprattutto alla coppia invadente-non invadente richiama proprio la nostra impostazione teorica, la possibilità, in altre parole, di vivere l'arrivo del bambino in modo diverso a seconda del parto scelto (la percezione del bambino sembra maggiormente caratterizzata da cambiamenti rappresentazionali). Riteniamo che non sia la modalità di parto che determina l'emozionalità della donna nel post-partum, ma il fatto che essa possa scegliere seguendo le proprie

predisposizioni e vivere come desidera la nascita del figlio. Scegliere la modalità (su consiglio di personale attento al vissuto emotivo), pensarla, immaginarla e poi viverla con preparazione può determinare un impatto diverso dell'evento, a differenza, invece, di quelle donne che non possono scegliere e vivono il parto così come viene stabilito dal reparto di riferimento. PAROLE CHIAVE: Nascita, Modalità del parto, Emozioni, Rappresentazioni materne.

Gli aspetti psicologici della gravidanza e del puerperio: tra normalità e patologia

Molte teorie considerano la gravidanza come momento critico che, pur nella sua drammaticità, diventa occasione maturativa e ristrutturante per la donna. Il parto si configura così come uno stato di passaggio da una fase a quella successiva.

Per altri Autori ancora, il processo generativo è contraddistinto da forti ambivalenze che durante la gravidanza si esprimono sia con disturbi psicosomatici sia con emozioni contrastanti; travaglio e parto vengono visti come "prova da carico emozionale" che può scuotere l'equilibrio psicologico femminile, tanto da provocare o una fissazione momentanea a qualche stadio dello sviluppo molto precoce o permettere un salto di qualità dell'organizzazione psichica (Piermarteri, Prezza, Mastrantonio, 1987).

Pur riconoscendo l'importanza di questi contributi, oggi si ritiene, però, che sia più opportuno sottolineare le diverse e varie spinte che ogni donna sente, dentro e fuori di sé, nel momento in cui desidera un figlio. Il ruolo della maternità è ora più consapevole, non più un destino ma un bisogno/orizzonte. Intorno ad una nuova vita, ruotano diversi atteggiamenti, molto complessi, a volte difficili da capire o del tutto inattesi ma sempre portatori di un significato.

Sempre in quest'ottica, il desiderio di genitorialità, di maternità, di paternità. Il desiderio di avere un figlio, situato tra codice genetico, culturale ed esperienza soggettiva, appare come il risultato di componenti svariate dell'esperienza e può essere associato dalla donna ad una molteplicità di significati diversi. Così come la maternità, anche la paternità non è un evento puntuale nella vita di una persona, ma costituisce un lungo percorso che coinvolge l'intero arco vitale (Righetti, Sette, 2000; Fava Vizziello, 2008).

Parlare di genitorialità e di desiderio di genitorialità, quindi, rappresenta la possibilità di muoversi in un contesto più ampio e completo che considera la differenza tra uomo e donna una fonte di arricchimento e sviluppo. La genitorialità è molto di più delle distinte funzione materna e paterna, poiché presuppone una reale capacità di amore, amore aperto all'altro, affinché un altro essere, il figlio, sia portato all'esistenza (Federici, 1995). La genitorialità si attiva ed evolve come funzione relazionale autonoma basata su rappresentazioni mentali dei genitori evocate nell'hic et nunc della relazione con un determinato bambino fantasmatico (durante la gravidanza e prima, nel desiderio) e reale (dopo la nascita) (De camper, Sigafoos, 1983; Fava Vizziello, 2003; Righetti, 2005; Righetti, et al., 2005; Stern, 1995).

La genitorialità non è però un evento a-problematico, ma si forma e cresce gradualmente. La nascita, la maternità e la paternità sono momenti particolarmente critici, momenti decisivi per l'evoluzione dell'adulto. La genitorialità è un divenire maturativo e relazionale che vede l'incontro tra maternalità (il divenire madre) e paternalità (il divenire padre) (Cramer, Palacio-Espasa, 1993; Righetti, Sette, 2000; Righetti, 2005).

Come Winnicott (1987) sostiene, all'inizio della vita, la madre è l'ambiente che il bambino non ha ancora separato dal Sé. La relazione madre-bambino, infatti, ha origine non con la nascita del nuovo essere, ma dal suo concepimento, o forse, più lontano ancora, prende inizio dalle prime fantasie infantili giocate dalla donna sul proprio corpo nel suo potenziale creativo (Nunziante Cesaro, 1992).

Come dimostrano alcuni studi sperimentali, subito dopo la nascita tra madre e figlio è già presente un forte senso di attaccamento ed il figlio riconosce in lei una base sicura, risultato dell'esperienza gestazionale vissuta insieme.

In alcuni lavori di Righetti si è cercato di valutare sperimentalmente l'esistenza di un rapporto simbiotico tra le emozioni materne e quelle fetali dall'induzione di uno stato emotivo nella madre. Utilizzando diversi tipi di stimoli (musiche, diapositive attivanti e/o rilassanti etc.), si sono registrate le modificazioni fisiologiche del feto e della gravida (registrazioni del movimento, della frequenza cardiaca materna e fetale). I risultati sono interessanti. Si sono ottenute correlazioni significative negli incroci tra le frequenze cardiache ed il movimento. Con questi dati è stato possibile ritenere, quindi, che l'induzione di uno stato emotivo in una gestante, porti ad una significativa variazione nelle risposte emesse dal nascituro. Il feto partecipa, in sostanza, all'emozione della madre. Risultati ancora più interessanti si registrano dopo la nascita: si sono verificate correlazioni positive tra la stimolo (che è

rimasto lo stesso utilizzato nella fase prenatale) e le risposte del neonato, le quali evidenziano una sorta di capacità di riconoscimento. Queste ricerche dimostrano che lo stato emotivo materno influisce su quello fetale, e che il neonato riconosce il battito cardiaco di sua madre, quando, dopo la nascita, gli si fa ascoltare il segnale fonocardiaco registrato in stato attivato o rilassato (in gravidanza) (Righetti, 2005; Righetti, Sette, 2000).

Già in utero, quindi, il feto instaura delle relazioni precoci con la madre ed utilizza il proprio corpo ed il movimento come mezzi principali per l'instaurarsi di legami comunicativi con lei, il padre e il contesto relazionale allargato.

La gestazione diviene così momento di grande interesse clinico e psicologico in quanto delicato periodo in cui il bambino immaginario si fa sempre più reale e si creano le premesse dei contatti con i genitori. "Dopo tutto, la nascita è il luogo d'incontro tra il bambino che la madre (e il padre) ora tiene tra le braccia e quello che è nella sua mente" (Stern, 1995, pag. 30).

Inoltre la gravidanza rappresenta il momento del farsi del mondo interno e relazionale da quando il bambino, o già il feto (Righetti, 2005), si presenta pronto a recepire e a promuovere quelle interazioni che gli permetteranno di crearsi un mondo interno (Fava Vizziello, 1992). "Molto è stato detto e scritto sulla madre, talora come onnipotente creatrice e gestore del mondo interno del bambino, talvolta come suo partner, più raramente come suo succube" (Fava Vizziello, 1992, pag. 145). La gravidanza e il puerperio rappresentano il momento "cruciale" del formarsi delle rappresentazioni materne/genitoriali.

Durante la gravidanza si succedono emozioni e fantasie diverse, in cui il bambino immaginario rende graduale, ed a volte non facile, il pensiero del bambino reale, dei cambiamenti che la sua presenza comporterà per la madre, per il padre, per i rapporti con le famiglie d'origine, per l'organizzazione della vita quotidiana e la ridefinizione dei ruoli, tra lavoro e cura del piccolo, e dei tempi dell'intimità di coppia (Dal Verme, Mantovani, 2005, pag. 79).

Ma quali sono le donne a rischio di sviluppare problemi psicopatologici in gravidanza e/o nel post-partum? Diverse sono le caratteristiche: anamnesi di disturbi psichiatrici; abuso di sostanza in atto o pregressa (alcool, nicotina, ecc.); precedenti interruzioni di gravidanza (soprattutto come indice di una certa fragilità); pregressi o recenti DCA (disturbi del comportamento alimentare); storia di perdite perinatali; infertilità e fecondazione artificiale; gravidanza in adolescenza; gravidanza tardiva; condizioni di "doppia crisi"; presenza di disagi socio-economici, relazionali ed ambientali, relazioni affettive precarie o instabili (AA.VV., 2002; Favaretto, 2006).

E quali sono gli stati psicologici, che possono assumere caratteristica di psicopatologia, per le donne in gravidanza e nel puerperio? Stress, ansia (Inghilleri, 2004; Cerrutti, Sichel, 2000), possono riemergere problemi non risolti nelle tappe evolutive precedenti (la gravidanza è una crisi maturativi che comporta tutta una serie di rielaborazioni psicologiche per l'adattamento a nuovi compiti ed a nuovi significati), possono manifestarsi sintomi fobici od ossessivo-compulsivi oppure sintomi isterici di conversione o dissociativi (Colombo, 2001; Demolli, Gatelli, 2005), sentimenti d'insicurezza e solitudine (Baroni, Mastrantonio, Prezza, Villani, 1987). Possono, inoltre manifestarsi: disturbi psicofisiologici su base neurovegetativa, disturbi comportamentali (irrequietezza motoria, disturbi del sonno e dell'alimentazione, ecc.), disturbi psichici (sensazione di pericolo, deficit prestazionali e cognitivi), Disturbo Post Traumatico da Stress (Maggioni, 2006), Maternity Blues, Depressione Post Partum (Mastronardi, 2003; Imperiali, 2005; Favaretto, 2006; Monti, Agostini, Martini, 2005), psicosi puerperale (Colombo, 2001; Monti, 2006).

Il parto in acqua, eutocio o cesareo?

In molte sale parto sono state allestite delle vasche e le stanze sono state ristrutturate in modo tale da creare uno stile più familiare e domestico. Nasce la modalità del partorire in acqua come filosofia del nascere centrata sul rispetto della donna e dell'unicità di questo evento. Se fino a qualche anno fa poteva apparire un'alternativa piuttosto originale o forse azzardata, il parto in acqua oggi è divenuto un evento frequente e spesso privilegiato per le caratteristiche di naturalezza e delicatezza che lo contraddistinguono. Il parto in acqua non è una moda passeggera, ma è un procedimento innovativo e vantaggioso, uno dei metodi principali nelle tecniche di parto dolce. Basti pensare che nel territorio italiano oggi circa un centinaio reparti di ostetricia e ginecologia sono attrezzati di vasche per il parto in acqua.

Uscire dal grembo materno e trovarsi ancora immersi in un liquido a temperatura identica a quella dell'ambiente uterino, dev'essere un bel modo di venire al mondo; una sorta di continuazione del "galleggiamento" che permette al neonato di non modificare bruscamente le "abitudini" acquisite nei nove mesi precedenti. In questa fase di transizione,

il piccolo non corre rischi e ha tempo per adattarsi alla vita extrauterina: appoggiato al corpo della madre viene fatto emergere in superficie e comincia a respirare con i propri polmoni (Cluett, 2004). L'utilizzo dell'acqua porta benefici organici e psicologici non solo al piccolo, ma anche alla madre che assume così un ruolo attivo e vive l'evento nella più completa libertà e nella massima intimità. Di seguito si riporta una tabella riassuntiva sui vantaggi offerti dal parto in acqua.

Tabella riassuntiva - Vantaggi offerti dal parto in acqua (tratta da: Thöni, 2004, 2005; Rocca, 2004).

- l'immersione in acqua alleggerisce il corpo - l'acqua calda dona un rilassamento ottimale di tutti i muscoli: le tensioni si sciolgono e il corpo respira più profondamente - i movimenti diventano più facili - il bacino è più mobile nelle sue articolazioni e la discesa del bambino nel canale da parto è più semplice e naturale - l'acqua ammorbidisce i tessuti e diminuisce il rischio di lacerazioni - attenuazione dei dolori nel travaglio grazie all'acqua calda (37°) - riduzione del tempo del parto - notevole riduzione della percentuale d'episiotomie Tale tipo di parto, in relazione anche ai vantaggi/benefici sopra elencati, è solitamente indicato: - per desiderio della partoriente - per donne soprappeso o disabili - per le donne che soffrono d'asma - per donne molto rigide e tese Esistono comunque dei criteri di esclusione che possono riguardare il feto e/o la madre. Controindicazioni fetali: - liquido amniotico fortemente tinto - presenza di un tracciato cardiotocografico sospetto o patologico (monitoraggio del battito del cuore del bambino) - parto gemellare - parto podalico - parto prematuro (fino a 37 settimane) Controindicazioni materne - anestesia spinale - rottura delle membrane con sospettata *corioamniotite* - infezioni (HIV, Epatite B e C attiva) - cardiopatie Non è stata invece considerata motivo d'esclusione l'anamnesi di un precedente parto cesareo o la positività allo streptococco B Anche dal punto di vista pediatrico si conferma che questa modalità di parto non rappresenta alcun rischio per l'adattamento del neonato, in quanto i meccanismi di protezione ed, in particolare, il cosiddetto riflesso d'immersione (subacqueo), sono sviluppati al massimo nel neonato prima, durante e dopo il parto. L'atto respiratorio del neonato rimane bloccato finché l'acqua tocca i ricettori della cute del viso intorno alla bocca e al naso. È la scomparsa di questo riflesso subacqueo a consentire poi al neonato di respirare. Ciò significa che solo quando il bambino viene tolto dall'acqua e messo sul grembo della mamma inizia a respirare

La posizione ideale durante il travaglio dovrebbe essere una mediazione tra la posizione scelta dalla donna, per poter spingere in modo efficace, e quella consigliata dall'ostetrica per poterla assistere nel miglior modo possibile. Nella realtà italiana la maggior parte delle donne partorisce distesa sul lettino, nella classica posizione da visita ginecologica, con le gambe flesse sulle cosce e leggermente divaricate. Questa posizione non piace molto alle donne, ma facilita il compito di chi assiste. Dall'analisi ISTAT effettuata negli anni 1999-2000, l'88,3% delle donne scelgono il lettino ostetrico e il 0,6% scelgono l'acqua. Una più recente indagine dell'ISTAT su un vasto campione di donne che hanno avuto un parto vaginale negli ultimi cinque anni, ha anche evidenziato che solo il 26% delle donne ha potuto decidere autonomamente la posizione in cui partorire (Rocca, 2004). Questi dati testimoniano che la modalità classica di parto rimane ancora la più frequente, ma dimostrano anche, che in molti casi, non è possibile decidere la posizione in cui partorire.

Ma quali sono le caratteristiche rilevanti che differenziano il parto in acqua da quello classico? Dai risultati emersi sia nella letteratura internazionale che italiana, gli elementi di sicura differenza dal parto tradizionale sono (Thöni, 2005; Rocca, 2004):

- il rilassamento ottimale e la sensazione di leggerezza dati dal livello dell'acqua di almeno 50 cm e la temperatura di 37°C;
- una netta riduzione della necessità e della richiesta di antidolorifici, dato che l'acqua calda lenisce i dolori del travaglio;
- maggiore libertà per la donna di assumere le posizioni che sente più adeguate e comode, senza essere legata a flebo;
- diminuzione degli ormoni dello stress (le catecolamine come l'epinefrina) e aumento delle endorfine e dell'ossitocine;
- valorizzazione dell'atmosfera d'intimità in cui la partoriente può facilmente trovarsi in uno stato alterato di coscienza;
- notevole riduzione della necessità di eseguire l'episiotomia (taglio del perineo);
- una riduzione del periodo dilatante, soprattutto nelle primipare
- il periodo espulsivo rimane invariato rispetto ad altre modalità di parto, si riduce invece il periodo dilatante grazie al rilassamento ottimale, all'aumento dell'elasticità della muscolatura del pavimento pelvico, alla posizione semieretta e alla maggiore libertà di movimento della donna nella vasca.

Quindi sia benefici di tipo medico-ostetrico che di tipo psicologico-emotivo sia per la madre che per il bambino (Righetti, Casadei, 2005). L'acqua consente di vivere in modo più rilassato e piacevole il travaglio, sopportando meglio il dolore e partorendo più velocemente. Al bambino viene, invece, assicurato un inizio migliore, più naturale e meno traumatico. In quest'atmosfera anche il futuro padre può vivere l'evento con maggiore intensità, condivisione e complicità (Soldera, 2005). "Ma va compreso che il parto non è un'esperienza neutra, ma vi confluiscono le aspettative, le ansie e le eventuali incomprensioni dei nove mesi d'attesa, solo se la gravidanza è stata vissuta insieme, questo momento segnerà anche la nascita di un padre, e non solo quella di un figlio e di una madre" (Righetti, Sette, 2000, pag. 50).

E per questo motivo è necessario ritrovare il puro e naturale valore della gravidanza e del parto. Nel parto naturale le donne controllano l'evento: decidono i ritmi e i tempi. È il contrario di quanto avviene nel parto medicalizzato, dove la donna viene sottoposta a pratiche che non derivano dal suo interesse né da quello del bambino, o nel parto cesareo che in Italia ha assunto dimensioni non paragonabili con quelle degli altri Paesi Europei; anche se a volte possono essere scelte favorevoli al mantenimento del benessere del figlio e della madre.

In questi ultimi anni, però, parallelamente allo sviluppo e alla crescita del parto in acqua, si è registrato un aumento del numero di parti cesarei. Alcuni esperti, associazioni e comitati etici si sono interrogati su questo fenomeno per capirne il motivo e le possibili conseguenze sulla salute della donna e del neonato. Originariamente il taglio cesareo era stato introdotto nella pratica ostetrica per le partorienti che presentavano complicanze mediche. In questo momento, invece, sono in aumento i casi in cui si sceglie per il taglio come scelta preferenziale, anche quando non ci sono le indicazioni mediche per farlo: si parla di un'incidenza del 40-45%. Una cifra che contrasta con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui il basso tasso di tale procedura (sotto il 15%) è un marcatore di buona qualità dell'assistenza ostetrica. I vantaggi di questa tendenza sono chiari: assenza di dolore, minor rischio d'incontinenza fecale o urinaria che può verificarsi in seguito ad un parto naturale e un minor rischio di morte fetale inspiegabile. Ma se sul rapporto rischi/benefici esistono dati certi su cui discutere, il dibattito sul valore etico della richiesta di sottoporsi a un parto cesareo da parte della partoriente rimane irrisolto. Il Comitato per gli Aspetti Etici della Riproduzione Umana e della Salute delle Donne della International Federation of Gynecology and Obstetrics afferma e ribadisce che se le motivazioni non sono mediche il cesareo non può essere eticamente giustificato (www.sigo.it).

Affidarsi al parto cesareo per partorire è quindi una scelta che permette di vivere l'evento senza sentire dolore, ma in alcuni casi, però, è una necessità. È in continua diminuzione il numero di donne che scelgono il parto vaginale, quando per il precedente è stato eseguito il cesareo. Uno studio comparso sul New England ha realizzato un'osservazione prospettica su tutte le donne di 19 centri coinvolti, il confronto è stato svolto tra donne che avevano ripetuto la chirurgia per partorire e quelle che invece avevano avuto un travaglio naturale, dopo un precedente taglio cesareo. Sono state escluse gravidanze multiple o prescrizioni di cesareo a causa di complicanze gestazionali. I risultati confermano la fondatezza di un rischio associato al parto naturale con travaglio in donne che hanno in precedenza partorito con un taglio cesareo. Un rischio che interessa eventi avversi sia per il neonato che per la madre, e che, per quanto di dimensioni ridotte, è pur sempre maggiore rispetto a quello che accompagna un parto cesareo ripetuto (Landon, et al., 2004).

La ricerca

Esistono diversi filoni e credenze che sviluppano principalmente due modi differenti di pensare il parto: da una parte l'evento dolce e naturale che riconsegna alla donna la naturalezza e realtà del parto, dall'altra, l'eccesso di medicalizzazione con la tendenza a sfuggire dal dolore del travaglio/parto a costo, anche, di rinunciare all'incontro, tanto atteso, con il proprio bambino e avere maggiori complicazioni fisiche poi. Da questa consapevolezza si è scelto di considerare, all'interno di questo lavoro, le tre principali modalità di parto (eutocico, cesareo programmato e parto in acqua), di metterle a confronto sugli argomenti e problematiche trattati, lo stress, l'ansia e la depressione, e di analizzare, inoltre, le conseguenze che esse comportano sul modificarsi delle rappresentazioni materne.

La nostra ipotesi sta nel credere che il parto in acqua, quale modalità dolce e naturale di parto, riduca la possibilità di riscontrare nel post-partum significativi livelli delle patologie sopra riportate. Crediamo, inoltre, che nel confronto tra le modalità di parto, emergano differenze rilevanti nella percezione delle donne, nei confronti di loro stesse,

donne e madri, dei loro partner, uomini e padri, e nei confronti del loro bambino.

Viste le caratteristiche specifiche d'ogni parto supponiamo, quindi, che ogni modalità riporti rappresentazioni mentali diverse, magari non molto discrepanti, ma in ogni caso differenti.

IPOTESI

Le ipotesi che motivano questa ricerca sono sostenute dall'idea che il parto e così l'arrivo di un bambino siano eventi unici, indimenticabili, speciali, avvenimenti ad alto potenziale emotivo e psicologico.

Considerando l'accresciuta richiesta di parto cesareo, nonostante i reclami della sanità (Rocca, 2004), e l'opposto interesse per modalità dolci, quali il parto in acqua si suppone innanzi tutto che *una modalità di parto che rispetti la naturalità e la delicatezza dell'evento, porti la donna a vivere la nascita del proprio figlio in modo funzionale e con maggiore serenità*. Da qui nasce appunto l'idea di confrontare i tre tipi di parto e l'impatto che essi possono avere sul funzionamento della neo-mamma nelle prime ore dopo l'arrivo del piccolo. Un evento immenso come il parto, può comportare reazioni disfunzionali e/o patologiche in una madre che già ha vissuto i faticosi mesi di gestazione e che ora ritrova il piccolo reale, fino ad ora solo immaginato. Partorire con libertà, serenità e fiducia può, secondo noi, addolcire il post-partum e attenuare la possibilità di reazioni patologiche, solitamente caratterizzate da alti livelli d'ansia, forse già presenti in gravidanza ed ora esasperati dalla difficoltà del parto, o contrassegnate da note di depressione, date dalle paure legate all'accudimento del bambino.

Si suppone, in specifico, che i *livelli d'ansia* che caratterizzano le prime ore dopo il parto siano minori nel parto dolce, l'intensità ansiogena diminuisce quando il parto viene affrontato con meno preoccupazione e quando l'evento è accompagnato, oltre che da normali sentimenti di timore e apprensione, anche da un ambiente accogliente e familiare, che offre un sostegno delicato e rispettoso. Ciò non avviene nel cesareo dove è negata l'esperienza stessa, e non avviene nell'eutocico, dove il clima è tipicamente ospedaliero e la stanza da parto è fredda e piena di macchinari poco rassicuranti. La posizione stessa della donna è significativamente diversa: nella vasca, la partoriente dimostra un rilassamento ed una libertà di movimento che nel parto eutocico sono invece resi impossibili dal lettino ostetrico. Novantanove donne di uno studio britannico (Riordan, 1999), che hanno prima partorito con metodo classico, riportano, in seguito all'esperienza dell'acqua, sensazioni di leggerezza, libertà e maggiore riservatezza (Thöni, 2004, 2005; Cluett, 2004). Le qualità riportate fanno presupporre un post-partum più tranquillo, dove l'ansia non raggiunge livelli disfunzionali, e dove la donna può affrontare, con le proprie risorse, i cambiamenti e gli sconvolgimenti della nascita. L'ansia è un fenomeno molto complesso e ricco di sfaccettature, una manifestazione determinata da differenti fattori, a volte sconosciuti o non riconosciuti, che decidiamo di approfondire diversificando l'ansia di tratto e di stato (STAI-Y: Spielberger, 1983; Pedrabissi, Santinello, 1989), l'ansia manifesta e inconscia (ASQ: Krug, Scheier, Cattel, 1976; Novaga, Pedon, 1978).

Per quanto riguarda, invece, gli aspetti della *depressione* (analizzati con il questionario EPDS, Cox, Holden, Sagovsky, 1987), particolare rilievo assume la capacità materna di far fronte alle esigenze del piccolo in maniera adeguata, senza lasciarsi trasportare dall'ipervigilanza e dalla convinzione di non essere in grado di prendersi cura di lui (Monti, Agostini, Martini,2005). La depressione ha un impatto negativo sul funzionamento psichico e globale della madre: il suo sistema narcisistico, inteso come investimento strutturante dell'identità, collassa e rimane, quindi, bloccato. Studi italiani (Monti, Agostini, Martini, 2005) dimostrano le conseguenze della Depressione post-partum sulle interazioni precoci madre-bambino e sullo sviluppo psicologico del piccolo, e dimostrano anche, in un campione di 234 donne che hanno partorito in modo eutocico e cesareo, che l'apice dello stato depressivo è riscontrabile nell'immediato post-partum e va ad assestarsi nel corso dei mesi successivi. La letteratura riguardante il parto in acqua, riporta aspetti d'ordine psicologico in questo senso molto importanti: le partorienti non si sentono "sottomesse" al volere del ginecologo e del personale ostetrico ma assumo un ruolo attivo e vivono l'evento nella più completa libertà (Thöni, 2004, 2005; Rocca, 2004). La donna in vasca rimane sempre sotto osservazione, ma lei stessa può decidere di uscire, può scegliere anche di travagliare in acqua e partorire con altre modalità, o, ancora, può svolgere l'intero avvenimento in vasca (Thöni, 2004, 2005). La sensibilità dell'approccio e le possibilità che esso offre alla donna, determinano un ambiente femminile ed un'esperienza di parto più soddisfacente, profonda e globale. Basti solo pensare a come madre e piccolo entrano in contatto: il bambino, dolcemente accompagnato in acqua, sale lungo l'addome della mamma e qui si appoggia. La madre stessa può avvicinare a sé il suo bambino e tenerlo

così vicino, pelle a pelle, nei primissimi istanti della sua vita extrauterina (Rocca, 2004). Il contatto in questo modo è unico: la madre può immediatamente conoscere il piccolo che ha tanto sognato, lo vede venire al mondo nella stessa acqua in cui lei è immersa…l'acqua che in questo caso crea un ambiente comune, l'ambiente in cui il piccolo ha vissuto per nove mesi e in cui ritrova la mamma (Cluett, 2004). Con questo spirito, supponiamo che il parto dolce non sia caratterizzato da maggiori livelli di depressione in confronto ai parti eutocico e cesareo.

Con riferimento, infine, alle *rappresentazioni materne*, le nostre ipotesi continuano a sostenere il parto in acqua. Con l'evento nascita, le rappresentazioni materne, costruite lungo il corso della gravidanza, subiscono cambiamenti notevoli. Questo fenomeno è stato principalmente spiegato dalle ricerche di Fava Vizziello e collaboratori (1992; 1997), studi sui quali abbiamo basato le nostre riflessioni e sui quali, poi, abbiamo formulato l'ipotesi secondo cui, confrontando una modalità di parto più dolce e rispettosa con altre modalità più medicalizzate, le rappresentazioni delle madri si riassestano in modo diverso a seconda del parto effettuato. Supponiamo di ritrovare, nelle donne che hanno partorito in acqua, rappresentazioni in ogni caso in evoluzione e cambiamento, ma comunque diverse da quelle delle donne che hanno scelto il metodo classico e il cesareo. La diversità delle rappresentazioni dovrebbe emergere sia per il sé come donna e madre, per il partner come uomo e padre, ed infine, per il nuovo arrivato. La dissomiglianza fra le tre modalità di parto, dovrebbe soprattutto riguardare le sezioni relative al sé come madre e quella relativa al bambino, parti maggiormente coinvolte nel rinnovo delle rappresentazioni nel post-partum. Le rappresentazioni saranno diverse a causa delle differenti tonalità affettive che le modalità di nascita richiamano: nel parto eutocico, l'atmosfera, più volte ormai ricordata delle sale, non attiva e genera stati di distensione e tranquillità ed il cesareo, seppur programmato per motivazioni necessarie, è un'esperienza priva quasi del tutto del primo contatto madre-figlio. In mancanza, quindi, della prima unione e di sentimenti di tranquillità e riservatezza, si può supporre di trovare rappresentazioni materne davvero diverse da quelle delle donne che scelgono l'acqua. In linea con le testimonianze della letteratura, scegliamo il MATE-R (Fava Vizziello, Stocco, 1997), strumento volto allo studio delle rappresentazioni materne, che consente di raccogliere molteplici indicatori per la comprensione della dinamicità del mondo interno della donna nel periodo successivo alla nascita (Fava Vizziello, Barbiero, 2004).

Le nostre ipotesi, come riportato, sostengono la modalità del parto in acqua credendo che, con questo, la donna possa ritrovare, nella nascita del figlio, la tranquillità, la serenità e riservatezza necessarie per vivere l'evento con minore tensione e paura. Per questi motivi, supponiamo di ritrovare in questa modalità minori livelli d'ansia e depressione, e crediamo di scoprire rappresentazioni materne connotate da aspetti più positivi e solidi.

In sintesi, le ipotesi prese in considerazione sono: 1) le donne che hanno partorito in acqua presentano minori livelli d'ansia; 2) le donne che hanno partorito in acqua presentano minori livelli di depressione post-partum; 3) tutto il campione sperimentale presenta percezioni molto diverse all'interno dei tre gruppi.

Campione

Il campione di questa ricerca è costituito da un totale di 90 donne suddivise in tre gruppi: parto in acqua (30 ss.), parto eutocico (30 ss.), parto cesareo (30 ss.).

Nella selezione dei 90 soggetti è stata posta una sola condizione: le donne non dovevano aver partorito da più di 48 ore. Questa scelta è stata fatta in quanto nel periodo immediatamente successivo al parto, la donna non è ancora pronta ad elaborare l'avvenimento, le reazioni alla nascita sono immediate, non pensate, pure, ed i sentimenti in corso sono molto vivi. Lavorare durante questo "stato temporaneo" ci ha permesso, quindi, di individuare le prime reazioni al parto, all'arrivo del piccolo e ci ha consentito di valutare le prime percezioni della donna riguardo a se stessa, ora madre, il piccolo e il partner.

La raccolta dei questionari del campione è stata possibile grazie alla collaborazione di tre UnitàOperative di Ostetricia e Ginecologia del nord Italia. Le caratteristiche del campione sono riportate alle Tabelle: 1, 2, 3, 4, 5.

Tabella 1 - Valori d'età dei tre gruppi

Gruppo	N	Minimo	Massimo	Media	Dev. std.
Eutocico	30	26	40	33,07	3,921
Cesareo	30	22	43	32,20	5,142
Acqua	30	22	40	31,33	5,358

Tabella 2 - Stato civile distinto per gruppi

Gruppo		Frequenza	Percentuale
Eutocico	Coniugata	25	83,3
	Convivente	5	16,7
	Totale	30	100,0
Cesareo	Coniugata	19	63,3
	Convivente	11	36,7
	Totale	30	100,0
Acqua	Coniugata	18	60,0
	Convivente	9	30,0
	Nubile	2	6,7
	Separata	1	3,3
	Totale	30	100,0

Tabella 3 - Professione distinto per gruppi

Gruppo		Frequenza	Percentuale
Eutocico	Casalinga	5	16,7
	Impiegata	13	43,3
	Commerciante	1	3,3
	Operaia	5	16,7
	Libera professioni-	2	6,7
	Insegnante	2	6,7
	Altro	2	6,7
	Totale	30	100,0
Cesareo	Casalinga	4	13,3
	Impiegata	5	16,7
	Commerciante	2	6,7
	Operaia	5	16,7
	Libera professioni-	3	10,0
	Insegnante	2	6,7
	Dirigente	1	3,3
	Altro	8	26,7
	Totale	30	100,0
Acqua	Casalinga	4	13,3
	Studentessa	1	3,3
	Impiegata	13	43,3
	Operaia	3	10,0
	Libera professioni-	3	10,0
	Insegnante	3	10,0
	Altro	3	10,0
	Totale	30	100,0

Tabella 4 - Titolo di studio distinto in gruppi

Gruppo		Frequenza	Percentuale
Eutocico	Lic. media inf.	6	20,0
	Dipl. profess.	3	10,0
	Dipl. sup	15	50,0
	Laurea	5	16,7
	Altro	1	3,3
	Totale	30	100,0
Cesareo	Lic. media inf.	9	30,0
	Dipl. profess.	6	20,0
	Dipl. sup	9	30,0
	Laurea	5	16,7
	Altro	1	3,3
	Totale	30	100,0
Acqua	Lic. media inf.	1	3,3
	Dipl. profess.	8	26,7
	Dipl. sup	16	53,3
	Laurea	4	13,3
	Altro	1	3,3
	Totale	30	100,0

Tabella 5 - Parità distinta per gruppi

Gruppo		Frequenza	Percentuale
Eutocico	Primipara	14	46,7
	Secondipara	14	46,7
	Altro	2	6,7
	Totale	30	100,0
Cesareo	Primipara	21	70,0
	Secondipara	7	23,3
	Altro	2	6,7
	Totale	30	100,0
Acqua	Primipara	17	56,7
	Secondipara	12	40,0

	Altro	1	3,3
	Totale	30	100,0

STRUMENTI DI MISURA

1) *MATE-R* (Intervista per le rappresentazioni materne in gravidanza di Fava Vizziello e Stocco, 1997): viene utilizzata per lo studio della qualità delle rappresentazioni materne e del loro cambiamento durante la gravidanza e il post-partum. "Si tratta di uno strumento particolarmente sensibile che sembra fornire molteplici indicatori per la comprensione e l'intervento sulla dinamicità del mondo interno dei genitori durante l'attesa e nei mesi successivi alla nascita" (Fava Vizziello, Barbiero, 2004, pag. 71). Fava Vizziello ha proposto questa scala di descrizione percettiva e semantica, costituita da una serie di coppie d'aggettivi-descrittori opposti (esempio: buono→cattivo, dipendente→indipendente), posizionati con un interspazio di 10 centimetri. I soggetti hanno il compito di segnare con una crocetta il punto che meglio corrisponde a ciò che pensano in relazione al tema in cui si riferiscono (Righetti, Sette, 2000). L'intervista, volta ad esplorare il modo in cui la donna organizza la propria esperienza in una struttura narrativa, comprende dodici sezioni relative alla rappresentazione percettiva del bambino, alle somiglianze familiari (rappresentazione di sé come donna e del marito come uomo), ai cambiamenti nella relazione con il marito, al ruolo d'eventi importanti nella storia della gravidanza e del bambino, alla rappresentazione percettiva di sé come madre, del marito come padre, della propria madre rispetto all'infanzia, all'influenza del passato della madre (eventi dell'infanzia), agli affetti collegati alla rappresentazione, ai desideri e alle paure per il bambino e per sé come madre, all'autostima (Simonelli, Zancato, Calvo, 2000). In questa tesi sono stati prese in considerazione cinque sezioni: "*Sé come donna*", "*Sé come madre*", "*Bambino*", "*Marito come uomo*" e "*Marito come padre*".

2) *S.T.A.I. FORMA Y* (State Trait Anxiety Inventory di Spielberger, 1983, nella versione italiana di Pedrabissi e Santinello del 1989): questo inventario è una delle scale d'ansia più usate in campo diagnostico e clinico sia in Italia che nel mondo per lo studio dell'ansia di tratto e di stato. Permette dunque di ottenere due punteggi: uno relativo all'ansia di stato (forma Y-1) e l'altro riguardante l'ansia di tratto (forma Y-2). Il questionario è composto da 40 item che richiedono l'autovalutazione su una scala di misurazione tipo Likert (range 1-4, da "*per nulla*" a "*moltissimo*"). I primi 20 item riportano alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi e alla donna viene chiesto di segnare con una crocetta il numero che indica come *si sente adesso*, vale a dire in questo momento. Negli altri 20 item vengono riportate altre frasi descrittive ma alla donna, ora, viene chiesto come *abitualmente si sente.* Questa distinzione caratterizza rispettivamente la forma Y-1 (ansia di stato) e Y-2 (ansia di tratto) del questionario e conduce, come sopra riportato, a due punteggi che si ottengono calcolando la somma dei 20 item d'ogni scala. L'assegnazione dei punteggi prevede delle inversioni (da 1, 2, 3, 4 a 4, 3, 2, 1) in 10 item per ogni forma: nella Y-1 s'invertono gli item 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, in quella Y-2 gli item 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36, 39.

3) *ASQ* (Anxiety Scale Questionnaire di Krug, Scheier, Cattel, 1976): questo inventario è stato ideato con lo scopo di fornire uno strumento che permetta di ottenere, in maniera rapida, oggettiva e standardizzata, un'informazione clinica dell'ansietà. Qui presentiamo la versione italiana di Novaga e Pedon del 1978. E' composto da 40 item, divisi in una scheda A, composta dai primi 20 item, e una B composta, invece, dai successivi 20. Il questionario richiede un'autovalutazione su una scala di misurazione che prevede tre possibili risposte (a, b, c), le opzioni variano a seconda della domanda posta: in alcune "*vero, una via di mezzo, falso*", in altre "*spesso, qualche volta, mai*", in altre ancora "*quasi mai, qualche volta, molto spesso*". L'assegnazione dei punteggi prevede una codifica (a=0, b=1 e c=2) e l'inversione (a=2, b=1 e c=0) di 22 item (1, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 32, 33, 35, 36, 38, 40). L'ASQ permette dunque di ottenere due punteggi, uno relativo all'ansia inconscia (punteggio A) e l'altro relativo all'ansia manifesta (punteggio B), si effettua, quindi, una semplice somma e si confrontano i risultati con dei range prestabiliti: da 1 a 3 troviamo il livello dei soggetti rilassati, da 4 a 7 c'è il livello medio d'ansietà e, infine, da 8 a 10 troviamo un livello serio d'ansietà.

4) *EPDS* (Edinburg Postnatal Depression Scale di Cox, Olden, Sagowsky, 1987): questa scala è stata ideata in Inghilterra nei Centri di Salute di Livingston ed Edinburg. È stata sviluppata per aiutare i professionisti del settore medico-sanitario nel rilevare gli stati di depressione postnatale nelle madri. E' composto da 10 item e richiede, quindi, un'autovalutazione semplice e rapida, di circa cinque minuti. Al soggetto viene chiesto di scegliere, fra diverse risposte, quella che meglio corrisponde allo stato d'animo degli ultimi sette giorni. Sono

previste quattro possibili risposte che variano a seconda dell'item, le categorie di risposta sono notate 0, 1, 2, 3, secondo la severità aumentata dei sintomi. Gli item 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 prevedono un'inversione, in pratica 3, 2, 1, 0 e il segno totale è calcolato sommando i segni per ciascuno dei dieci item. L'EPDS ha un segno massimo di 30 e un segno minimo di 10 (Cox, Olden, Sagowsky, 1987).

Analisi dei dati

Prima Ipotesi

Per verificare la prima ipotesi, che sostiene minori livelli d'ansia in seguito ad un parto effettuato in acqua, abbiamo sottoposto ad analisi statistica i dati ricavati dalla somministrazione degli strumenti S.T.A.I. Forma Y e A.S.Q. Le analisi sono state svolte considerando la differenziazione interna degli strumenti stessi: per lo S.T.A.I. sono state prese in esame sia la forma Y-1 che la forma Y-2, così come per l'A.S.Q., la scheda A e la scheda B. I dati ricavati dalla somministrazione dello S.T.A.I. saranno qui di seguito considerati in entrambe le forme, ricordiamo che la forma Y-1 riporta un punteggio relativo all'ansia di stato, inteso come episodio transitorio legato, quindi, all'evento del parto; la forma Y-2, invece, si riferisce all'ansia di tratto, intesa come caratteristica stabile di personalità (Pedrabissi, Santinello, 1989).

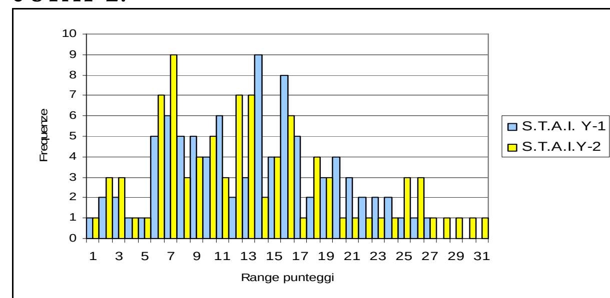
L'analisi si è interessata prima al campione sperimentale per intero e, poi, ad ogni singolo gruppo (eutocico, cesareo ed in acqua). Si conclude, infine, con un ANOVA univariata che mette a confronto contemporaneamente i tre gruppi considerati

Dall'esame della distribuzione dei punteggi per lo S.T.A.I. nell'intero campione, la media risulta leggermente più alta nella forma Y-2, come ad indicare un maggiore livello d'ansia di tratto rispetto a quella di stato. Il nostro campione, quindi, sembra caratterizzato dalla presenza, seppur lieve, di un'ansia di tratto: le donne presentano ovvero un'ansia prevedibile e stabile e non mostrano, invece, significativi stati d'ansia transitori (Pedrabissi, Santinello, 1989). Il dato è debole, ma è interessante osservare che tutto il campione è caratterizzato da un livello d'ansia che non sembra legato all'evento del parto, e quindi transitorio, ma che s'inscrive come tratto di personalità stabile e durevole. Nello stesso modo, la deviazione standard, indice di variabilità influenzato dai valori minimi e massimi della distribuzione, rappresenta la lieve differenza già vista con la media. Nel grafico 1 è possibile osservare come la frequenza si distribuisce fra le due forme Y-1 e Y-2.

Tabella 6 - Statistiche di frequenza S.T.A.I.

		STAI-y1	STAI-y2
N	Validi	90	90
	Mancanti	0	0
Media		34,47	36,29
Deviazione std.		6,436	7,659
Minimo		22	23
Massimo		54	61

Grafico 1 - Distribuzione delle frequenze tra STAY-1 e STAY-2.



Consideriamo ora le statistiche di frequenza in ogni gruppo: eutocico, cesareo ed acqua.

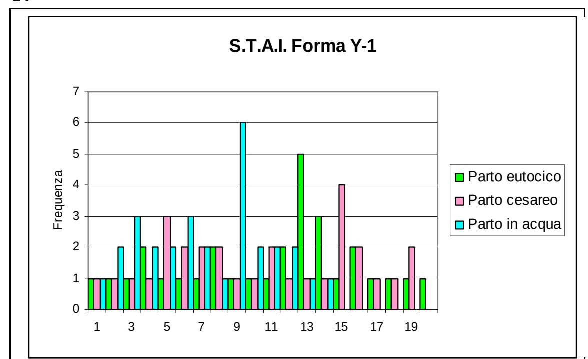
Nel gruppo di donne che ha partorito con *metodo eutocico*, la media delle due forme è molto simile e non mette in evidenza alcuna differenza fra i livelli d'ansia di stato e di tratto. Anche la deviazione standard, infatti, evidenzia dati molto vicini e testimonia l'omogeneità, in questo gruppo, delle due forme d'ansia.

Nel gruppo di donne che ha partorito con *metodo cesareo,* la media tra le due forme si discosta leggermente: risulta più alta, infatti, la statistica relativa all'ansia di tratto. In questo gruppo, si ritrova la frequenza riscontrata nell'intero campione: le donne evidenziano un maggiore livello d'ansia intesa come tratto di personalità, rispetto all'ansia legata, invece, ad un episodio temporaneo.

Nel gruppo di donne che ha partorito con la *modalità in acqua,* si riscontra, ancora, un maggiore livello d'ansia di tratto. La media e la deviazione standard si differenziano di pochi valori, ma è chiara la tendenza che evidenzia un aspetto stabile di personalità.

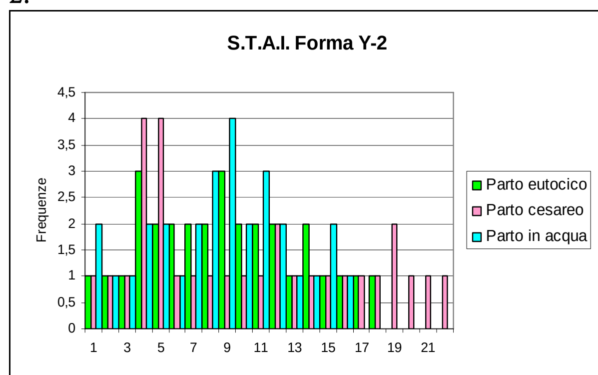
Di seguito, riportiamo la rappresentazione grafica dei dati appena presentati (Grafico 2). Il grafico relativo alla Forma Y-1 mostra l'assenza di differenze significative fra le modalità di parto: nei punteggi più alti (>15), si nota l'assenza del gruppo del parto in acqua, ma i valori delle frequenze, in ogni caso, non determinano caratteristiche e contrasti rilevanti.

Grafico 2 - Distribuzione delle frequenze allo STAY-1.



Nel grafico 3 relativo alla Forma Y-2 è chiara la differenza di distribuzione dei livelli nelle tre modalità di parto: il parto cesareo, soprattutto, raggiunge i livelli più alti, mentre il parto in acqua evidenzia, rispetto agli altri, frequenze maggiori.

Grafico 3 - Distribuzione delle frequenze allo STAY-2.



In sostanza, l'intero campione sembra essere caratterizzato da una lieve differenza tra i livelli d'ansia di stato e di tratto. La differenza sembra essere determinata soprattutto dal gruppo di donne che sceglie il cesareo, in cui la media (36,97) della forma Y-2 raggiunge il livello più alto, segue il gruppo con il parto in acqua (35,93). Il gruppo di donne che sceglie il metodo classico, invece, non evidenzia differenze all'interno delle forme.

In seguito alle analisi di tipo descrittivo, abbiamo effettuato statistiche che mettono a confronto contemporaneamente i tre gruppi nelle due forme del questionario.

L'esame della distribuzione (Test di Kolmogorov-Smirnov = .748 Y-1, = .185 in Y-2) evidenzia che è assumibile l'ipotesi di normalità per entrambe le forme dello S.T.A.I.. Fra le due forme, quindi, la distribuzione non si discosta in maniera significativa ed è possibile procedere con il calcolo dell'ANOVA univariata.

Tabella 7 - ANOVA Univariata S.T.A.I. per tutti i gruppi

		df	Media dei quadrati	F	Sig.
STAI-y1	Fra gruppi	2	36,633	,882	,418
	Entro	87	41,530		
	Totale	89			
STAI-y2	Fra gruppi	2	10,344	,173	,841
	Entro	87	59,768		
	Totale	89			

L'ANOVA rileva che fra i tre gruppi non esiste nessuna differenza significativa: nella forma Y-1, con valore .418, e in quella Y-2 con valore .841, non viene raggiunto il valore di significatività e il test si conclude in modo negativo.

In conclusione, i risultati ottenuti non confermano la nostra prima ipotesi. Le statistiche effettuate sullo strumento non evidenziano, all'interno dei gruppi, differenze significative nei livelli d'ansia.

In nessun gruppo è stato rilevato un significativo livello d'ansia di stato e, di conseguenza, l'acqua non sembra determinare e influenzare le manifestazioni d'ansia nel post-partum. I risultati dell'ANOVA sullo S.T.A.I. evidenziano chiaramente che, una diversa modalità di parto, non determina ed influenza l'emergere di stati ansiosi nel post-partum.

Approfondiamo la valutazione della nostra prima ipotesi, con l'analisi del questionario A.S.Q. che distingue, al suo interno, l'ansia manifesta da quella inconscia. I dati ricavati dalla somministrazione di questo questionario saranno considerati in entrambe le schede A e B, ricordiamo che la parte A si riferisce all'ansia inconscia, mentre la scheda B si riferisce all'ansia manifesta (Novaga, Pedon, 1978).

Dall'esame della distribuzione (Tab. 8) la media del campione in relazione al questionario è più alta nella scheda A, relativa all'ansia di tipo inconscio.

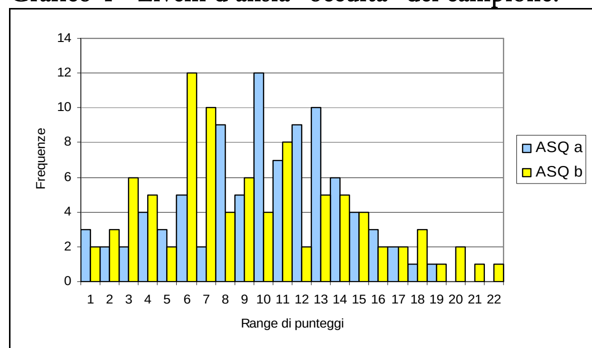
Tabella 8 - Statistiche di frequenza A.S.Q.

		ASQ-a	ASQ-b
N	Validi	90	90
	Mancanti	0	0
Media		15,06	12,83
Deviazione std.		4,169	5,740

Minimo	6	3
Massimo	26	31

Il campione, considerato nella sua interezza, senza la suddivisione in gruppi, sembra essere caratterizzato da un più alto livello d'ansia occulta, mascherata piuttosto che uno stato d'ansia più manifesta. La situazione è rappresentata nel grafico 4.

Grafico 4 - Livelli d'ansia "occulta" del campione.



Consideriamo ora le statistiche di frequenza in ogni gruppo: parto eutocico, cesareo e acqua.

Il gruppo di donne che hanno scelto il *metodo classico*, è caratterizzato, così come il campione, da una media nella scheda A più alta rispetto a quella B (Tab. 9). Le donne che partoriscono con l'eutocico sembrano mostrare un più alto livello d'ansia inconscia.

Il gruppo di donne che hanno partorito con *metodo cesareo*, presenta la stessa tendenza del gruppo eutocico. La media riscontrata nella scheda A è più alta che nella scheda B (Tab. 10).

Nel gruppo di donne che ha deciso di partorire in acqua, constatiamo, ancora, lo stesso fenomeno: all'interno del gruppo si rileva una differenza fra il livello d'ansia inconscia e quella manifesta (Tab. 11). La scheda A, relativa all'ansia mascherata, presenta una media più alta rispetto alla scheda B che invece riguarda l'ansia manifesta. Così come negli altri gruppi il livello d'ansia occulta sembra maggiore rispetto a quello relativo ad un'ansia più manifesta ed esplicita.

Tabella 9 - Statistiche di frequenza A.S.Q. in parto eutocico

		ASQ-a	ASQ-b
N	Validi	30	30
	Mancanti	0	0
Media		15,20	12,77
Deviazione std.		5,169	6,658
Minimo		6	5
Massimo		26	31

Tabella 10 - Statistiche di frequenza A.S.Q. in parto cesareo

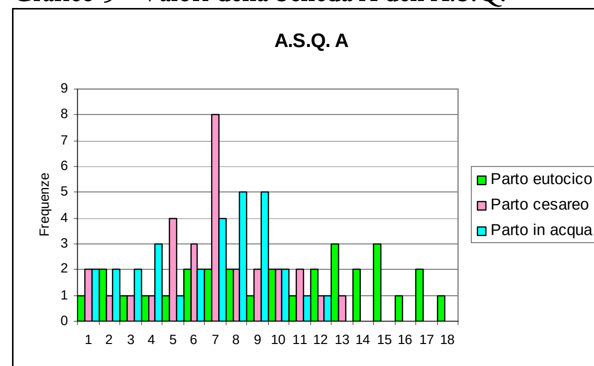
		ASQ-a	ASQ-b
N	Validi	30	30
	Mancanti	0	0
Media		14,60	12,63
Deviazione std.		3,883	5,786
Minimo		6	5
Massimo		23	25

Tabella 11 - Statistiche di frequenza A.S.Q. in parto in acqua

		ASQ-a	ASQ-b
N	Validi	30	30
	Mancanti	0	0
Media		15,37	13,10
Deviazione std.		3,347	4,816
Minimo		9	3
Massimo		21	22

Di seguito, riportiamo la rappresentazione grafica dei dati ora illustrati. Il primo grafico rappresenta la distribuzione dei tre gruppi relativa alla scheda A del questionario A.S.Q. Nella rappresentazione è possibile notare un range di punteggi più ampio rispetto al grafico relativo alla sezione B che spiega la presenza nell'intero campione di medie più alte per quanto riguarda l'ansia inconscia e profonda.

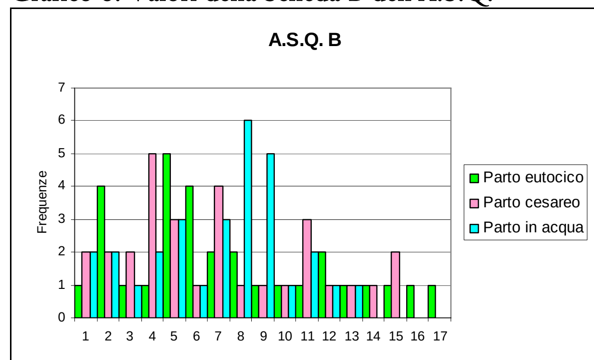
Grafico 5 - Valori della Scheda A dell'A.S.Q.



Il grafico 6 rappresenta, invece, la situazione dei tre tipi di parto in relazione alla scheda B del questionario A.S.Q. A differenza del primo grafico,

notiamo qui una scala di frequenza più bassa che spiega, all'interno dell'intero campione e poi nella suddivisione in gruppi, la presenza di una media più bassa in questa sezione.

Grafico 6: Valori della Scheda B dell'A.S.Q.



Non emerge ovvero nessuna differenza nel confronto dei tre parti: il parto in acqua, che avevamo supposto dimostrare minori livelli d'ansia, evidenzia, invece, caratteristiche simili ai parti eutocico e cesareo. In seguito alle analisi di tipo descrittivo, abbiamo effettuato, anche in questo caso, statistiche che mettono a confronto contemporaneamente i tre gruppi nelle due forme del questionario.

L'esame della distribuzione (Test di Kolmogorov-Smirnov = .266 scheda A, = .080 scheda B) evidenzia che è assumibile l'ipotesi di normalità per entrambe le schede dell'A.S.Q.. Fra le due forme, quindi, la distribuzione non si discosta in maniera significativa ed è possibile procedere con il calcolo dell'ANOVA univariata (Tab. 12).

Tabella 12 - ANOVA Univariata A.S.Q. per tutti i gruppi

		df	Media dei quadrati	F	Sig.
ASQ-a	Fra gruppi	2	4,878	,276	,759
	Entro gruppi	87	17,666		
	Totale	89			
ASQ-b	Fra gruppi	2	1,733	,051	,950
	Entro gruppi	87	33,667		
	Totale	89			

L'ANOVA rileva che fra i tre gruppi non esiste nessuna differenza significativa: nella scheda A, con valore .759, e in quella B con valore .950, non viene raggiunto il valore di significatività e il test si conclude in modo negativo. Con il confronto univariato dei gruppi, non emerge dunque nessuna differenza significativa tre di essi: i livelli d'ansia post-partum sono simili in ogni parto e non c'è nessuna modalità che se ne differenzia in modo rilevante. Anche con questo strumento, dunque, la nostra prima ipotesi non trova conferma: il parto in acqua non evidenzia minori livelli d'ansia rispetto alle altre modalità.

In conclusione, i risultati d'entrambi gli strumenti relativi agli stati ansiosi nel post-partum dimostrano che fra le modalità di parto non esiste nessuna differenza significativa. La nostra prima ipotesi non trova conferma.

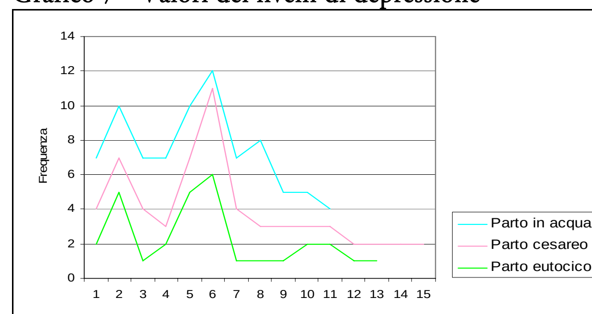
SECONDA IPOTESI

Per verificare la seconda ipotesi, che sostiene minori livelli di depressione post-partum in seguito ad un parto effettuato in acqua, abbiamo sottoposto ad analisi statistica i dati ricavati dalla somministrazione dello strumento EPDS.

L'analisi si è interessata ad ogni singolo gruppo (eutocico, cesareo ed in acqua) e si conclude, infine, con un ANOVA univariata e con il Test di Kruskal-Wallis che mette a confronto contemporaneamente i tre gruppi considerati.

Caratteristiche descrittive: la media più alta è stata riscontrata nel gruppo del parto cesareo, mentre i gruppi del parto eutocico e in acqua presentano valori simili. La rappresentazione grafica evidenzia le frequenze d'ogni gruppo (Grafico 7).

Grafico 7 - Valori dei livelli di depressione



L'esame della distribuzione (Test di Kolmogorov-Smirnov = .029) evidenzia che non è assumibile l'ipotesi di normalità: il valore riportato è significativo e si evidenzia, dunque, la presenza di una distribuzione non normale. Verifichiamo questo dato dapprima con l'ANOVA univariata (Tab. 13) che riporta un valore di .680: il dato non è significativo e non è, dunque, presente una differenza tra i gruppi eutocico, cesareo ed in acqua.

Tabella 13 - ANOVA Univariata EPDS per tutti i gruppi

	df	Media dei quadrati	F	Sig.
Fra gruppi	2	6,933	,388	,680
Entro gruppi	87	17,868		
Totale	89			

Verifichiamo ulteriormente il dato ricavato dall'esame della distribuzione con il Test non parametrico di Kruskal-Wallis che permette di stabilire se i nostri tre gruppi appartengono a popolazioni diverse, ovvero, permette di analizzare la variabilità dei tre gruppi indipendenti. Questo metodo consente di verificare l'ipotesi nulla, secondo la quale i tre gruppi appartengono ad un'unica popolazione. L'ipotesi alternativa afferma, invece, che i gruppi appartengono a popolazioni diverse. Con un valore di .452, il Test di Kruskal-Wallis (Tab 14) conferma l'esame della distribuzione: fra i tre gruppi considerati non sussistono differenze significative. Nessun gruppo, quindi, si evidenzia per livelli diversi di depressione post-partum e così anche il gruppo del parto in acqua non riporta valori minori rispetto agli altri esaminati.

Tabella 14 - Test di Kruskal Wallis in EPDS per tutti i gruppi

	EPDS
Chi-quadrato	1,590
df	2
Sig. Asint.	,452

I risultati ottenuti con l'analisi statistica dei dati dell'EPDS non confermano, dunque, la nostra seconda ipotesi. Gli esami effettuati non testimoniano alcuna differenza tra i gruppi, nessuno di questi, ovvero, presenta diversi livelli di depressione rispetto agli altri. L'ipotesi secondo cui il gruppo del parto in acqua presenta minori livelli di depressione post-partum rispetto alle altre modalità di parto, non trova conferma nel campione sperimentale. Nessuna modalità sembra caratterizzata da significativi livelli di depressione. Nelle statistiche descrittive, il gruppo del parto cesareo presentava una media superiore agli altri gruppi, ma con l'approfondimento delle statistiche non è emersa nessuna differenza significativa.

UNA PICCOLA OSSERVAZIONE

Nel corso delle analisi relative agli strumenti considerati (S.T.A.I., A.S.Q., EPDS), ci siamo domandati, per pura curiosità, se ci fosse una differenza, nei livelli d'ansia e depressione post-partum, fra il gruppo di primipare ed il gruppo di donne che avevano già avuto uno o più figli. Abbiamo allora deciso di effettuare una breve indagine statistica su questo quesito, al di là della suddivisione sempre considerata tra i gruppi del parto eutocico, cesareo ed in acqua.

Apriamo, quindi, una breve parentesi fra le ipotesi, per considerare anche questo aspetto. Solo in questo paragrafo verrà posta una nuova suddivisione: le primipare da un lato e le secondipare o altro dall'altro. Innanzi tutto abbiamo analizzato le statistiche descrittive dei gruppi.

Com'è possibile osservare dai relativi grafici (8a, 8b e 8c), nello S.T.A.I. forma Y-2 le secondipare raggiungono un valore medio molto più alto rispetto alle primipare. La seconda forma dello strumento si riferisce all'ansia di tratto, quella manifestazione non legata ad una situazione passeggera, ma relativa ad un tratto di personalità stabile (Pedrabissi, Santinello, 1989). Nelle primipare è invece leggermente più alto il valore relativo all'ansia di stato, in altre parole quella manifestazione non stabile ma provvisoria e mutevole.

Grafico 8a - Valori medi S.T.A.I. Y-2 primipare vs secondipare e altro.

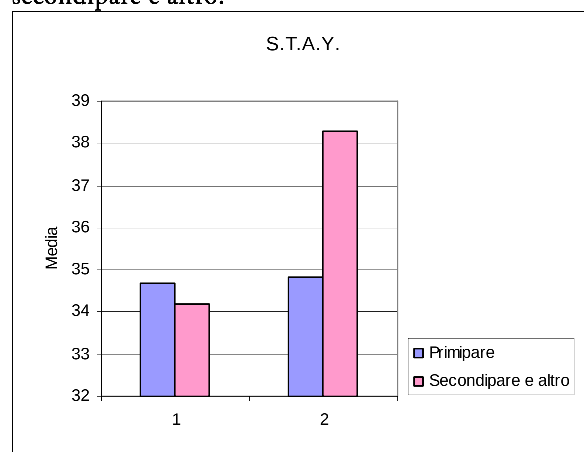


Grafico 8b - Valori medi EPDS primipare vs secondipare e altro.

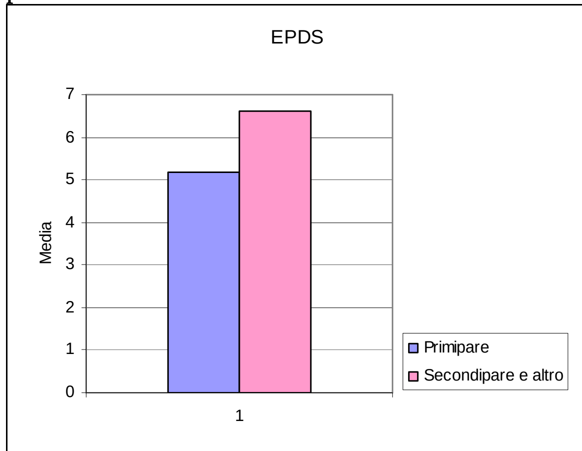
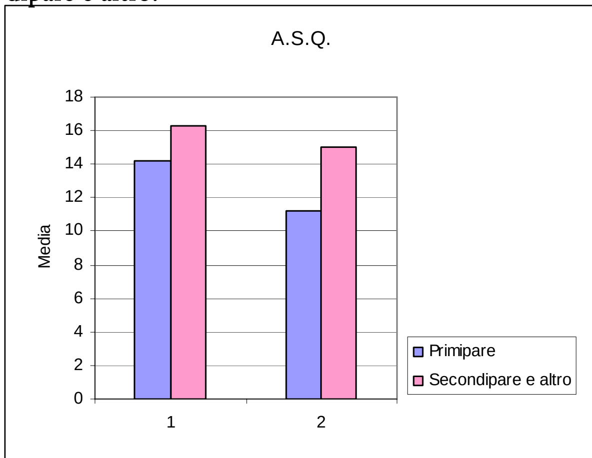


Grafico 8c - Valori medi A.S.Q. primipare vs secondipare e altro.



Anche nell'A.S.Q. le secondipare mostrano una media più alta rispetto alle primipare in entrambe le schede del questionario. Nella prima scheda, quella relativa all'ansia inconscia (Novaga, Pedon, 1978), entrambi i gruppi presentano medie alte rispetto alla scheda relativa all'ansia manifesta. Sembra quindi che l'ansia inconscia si presenti in modo maggiore in tutte le donne, ma che nel gruppo di quelle che già avevano avuto l'esperienza del parto, i livelli d'ansia sono abbastanza più alti.

Lo stesso fenomeno si riscontra nelle medie relative al questionario sulla depressione post-partum: le secondipare presentano, se pur in modo lieve, un maggior livello di depressione rispetto al gruppo di donne che hanno vissuto per la prima volta l'esperienza del parto.

In seguito alle statistiche descrittive, decidiamo di effettuare un Test per campioni indipendenti per verificare la presenza o meno di una differenza legata alla parità (Tab. 14).

Il test di verifica riporta dati che confermano la presenza di una differenza fra i due gruppi in relazione ai tre strumenti considerati: il livello d'ansia di stato, registrato tramite i dati dello S.T.A.I. forma Y-2, è significativamente più alto nel gruppo di donne che già ha fatto esperienza del parto. Si può supporre che le primipare, non avendo esperienza di ciò che è effettivamente il parto, vivano l'avvenimento e il suo seguito con meno stress e più spensieratezza. Mentre le secondipare, già conoscendo ciò che le aspetta, vivano con più angoscia l'evento e magari anticipino uno stato d'ansia che, quindi, qui compare come ansia di stato. Le secondipare, inoltre, mostrano valori più alti anche in relazione all'ansia rilevata dall'A.S.Q. In questo caso, le donne che già hanno fatto esperienza del parto mostrano maggiore ansia inconscia, ma anche maggior ansia manifesta. Ancora una volta le primipare evidenziano stati d'ansia minori e le secondipare, invece, dimostrano di possedere alti livelli d'ansia in tutto il test.

La parità sembra essere una variabile davvero importante in relazione al periodo del post-partum. Sarebbe interessante indagare questo fenomeno, magari in una ricerca come questa che mette a confronto diverse modalità di parto, ma anche in uno studio longitudinale che permetta di verificare se in seguito e in diverse fasi della crescita del piccolo, se i livelli riscontrati si modificano o permangono.

TERZA IPOTESI

Per verificare la terza ipotesi, che sostiene percezioni diverse all'interno dei tre gruppi considerati, abbiamo sottoposto ad analisi statistica i dati ricavati dalla somministrazione di cinque sezioni del MATE-R: "Sé come donna", "Sé come madre", "Bambino", "Marito come uomo", "Marito come padre". Supponiamo che le percezioni considerate, elementi fondamentali per il rinnovo delle rappresentazioni genitoriali, siano diverse nei tre gruppi di parto, modalità di nascita estremamente diverse fra loro che dovrebbero presentare, quindi, caratteristiche diverse nel processo di sviluppo e rigenerazione delle rappresentazioni.

I dati ricavati dalla somministrazione del MATE-R saranno qui di seguito considerati in tutte le cinque sezioni separatamente. Ricordiamo che lo strumento contiene originariamente 12 sezioni (Simonelli, Zancato, Calvo, 2000), ma ci siamo limitati a considerarne qui solo cinque, quelle parti ovvero che meglio concordano con l'argomento e le altre tematiche prese in considerazione.

Le analisi statistiche effettuate intendono verificare se tra i gruppi ci sia una coppia d'aggettivi,

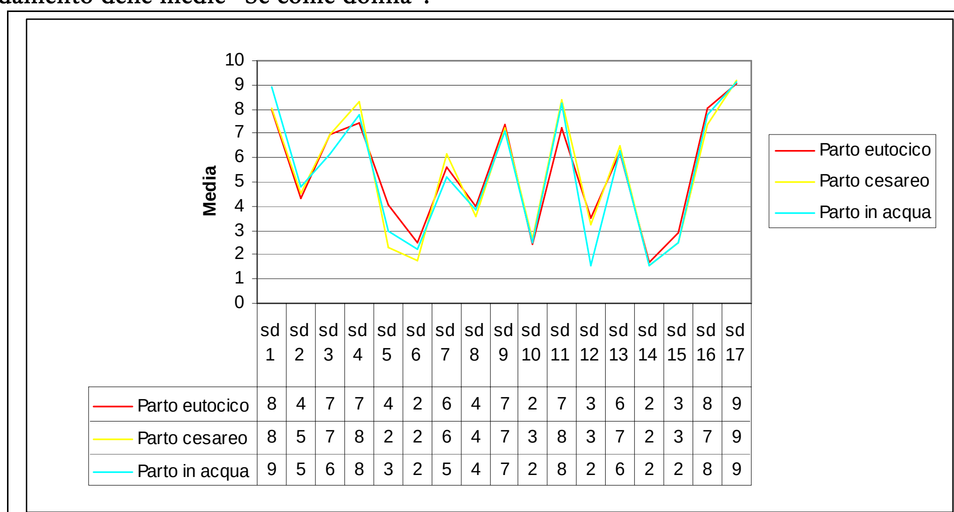
delle cinque sezioni, che si differenzia in modo significativo. Sono state svolte, con quest'obiettivo, statistiche descrittive, test multivariati, test degli effetti fra soggetti e, quando necessario, analisi post-hoc con metodo Bonferroni per ognuna delle cinque sezioni considerate.

Di seguito, riportiamo le analisi relative ad o-gnuna delle cinque parti prese in esame.

Analisi Sezione 1: "Sé come donna"

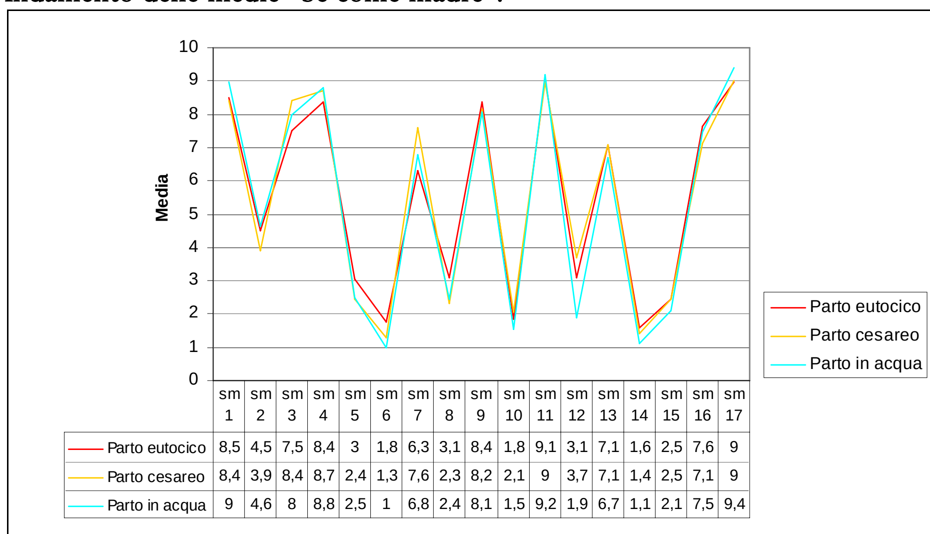
Le statistiche descrittive effettuate hanno considerato principalmente la media, come misura che ci permette di valutare ed osservare in grafica (Grafico 9), l'andamento delle risposte delle donne nei tre gruppi. Il grafico in linee evidenzia, nella prima sezione, il valore medio dato dai soggetti sperimentali per ogni coppia d'aggettivi proposti. La rappresentazione evidenzia un andamento simile nei tre gruppi, senza la presenza di significative differenze nelle risposte delle donne del nostro gruppo sperimentale.

Grafico 9 - Andamento delle medie "Sé come donna".



	sd 1	sd 2	sd 3	sd 4	sd 5	sd 6	sd 7	sd 8	sd 9	sd 10	sd 11	sd 12	sd 13	sd 14	sd 15	sd 16	sd 17
Parto eutocico	8	4	7	7	4	2	6	4	7	2	7	3	6	2	3	8	9
Parto cesareo	8	5	7	8	2	2	6	4	7	3	8	3	7	2	3	7	9
Parto in acqua	9	5	6	8	3	2	5	4	7	2	8	2	6	2	2	8	9

Grafico 10 - Andamento delle medie "Sé come madre".



	sm 1	sm 2	sm 3	sm 4	sm 5	sm 6	sm 7	sm 8	sm 9	sm 10	sm 11	sm 12	sm 13	sm 14	sm 15	sm 16	sm 17
Parto eutocico	8,5	4,5	7,5	8,4	3	1,8	6,3	3,1	8,4	1,8	9,1	3,1	7,1	1,6	2,5	7,6	9
Parto cesareo	8,4	3,9	8,4	8,7	2,4	1,3	7,6	2,3	8,2	2,1	9	3,7	7,1	1,4	2,5	7,1	9
Parto in acqua	9	4,6	8	8,8	2,5	1	6,8	2,4	8,1	1,5	9,2	1,9	6,7	1,1	2,1	7,5	9,4

Dall'esame dei Test Multivariati si evidenzia, all'interno della sezione, una differenza tra i gruppi, difformità che riporta una significatività di .054. Il dato ricavato, ci ha portato a svolgere, quindi, un Test degli effetti fra soggetti per individuare le coppie d'aggettivi che determinano la differenza tra i gruppi. Sono stati evidenziati i dati che segnalano gli aggettivi che differiscono all'interno della sezione. La coppia d'aggettivi numero 5 (intraprendente-timida) presenta una significatività di .042 e la

coppia numero 12 (indipendente-dipendente) presenta un valore di .016. Sono i valori che più si avvicinano al valore di riferimento .05 e che, quindi, differiscono dal resto degli aggettivi. In sostanza, fra i tre gruppi, le coppie d'aggettivi numero 5 e 12 presentano risposte differenti: i soggetti del gruppo sperimentale, quindi, non rispondono allo stesso modo a questi aggettivi, le risposte differiscono in modo significativo a seconda che il parto scelto sia in acqua, eutocico o cesareo.

Per avere una maggiore conferma a questi dati, abbiamo effettuato un Test Post-hoc che ci ha permesso di verificare in che modo le riposte si differenziano tra i gruppi.

Per quanto riguarda la coppia numero cinque (intraprendente-timida), il valore è maggiore nel gruppo del parto eutocico rispetto al gruppo del cesareo (.04). Ciò significa che fra i due gruppi la differenza delle risposte è più significativa che nel confronto con il gruppo che ha scelto l'acqua.

Per quanto riguarda, poi, la coppia numero dodici (indipendente-dipendente) si riscontrano differenze fra il gruppo del cesareo e quello dell'acqua, fra il gruppo dell'eutocico e dell'acqua. In questa coppia, in sostanza, le differenze riguardano tutti e tre i gruppi: l'eutocico e il cesareo riportano valori più alti rispetto al gruppo dell'acqua.

Ciò che emerge dall'analisi di questa sezione è che le donne dei gruppi si percepiscono come donne in modo diverso in solo due coppie d'aggettivi fra le diciassette presentate. La percezione differisce nella dicotomia intraprendente-timida ed indipendente-dipendente. In generale, le risposte delle donne non presentano grandi differenze e le loro percezioni sono pressoché simili. Come detto, le uniche differenze riscontrate riguardano gli aggettivi 5 e 12.

Analisi Sezione 2: "Sé come madre"

Come nella sezione precedente, la nostra analisi presenta un grafico dell'andamento dei valori medi delle risposte dei gruppi del campione sperimentale. La rappresentazione non evidenzia differenze rilevanti e l'andamento si svolge in modo abbastanza omogeneo fra i gruppi (Grafico 10).

Dall'esame dei Test Multivariati non si evidenzia, all'interno della sezione, una differenza tra i gruppi, il valore di significatività (.432) è, infatti, molto distante dal valore di riferimento standard.

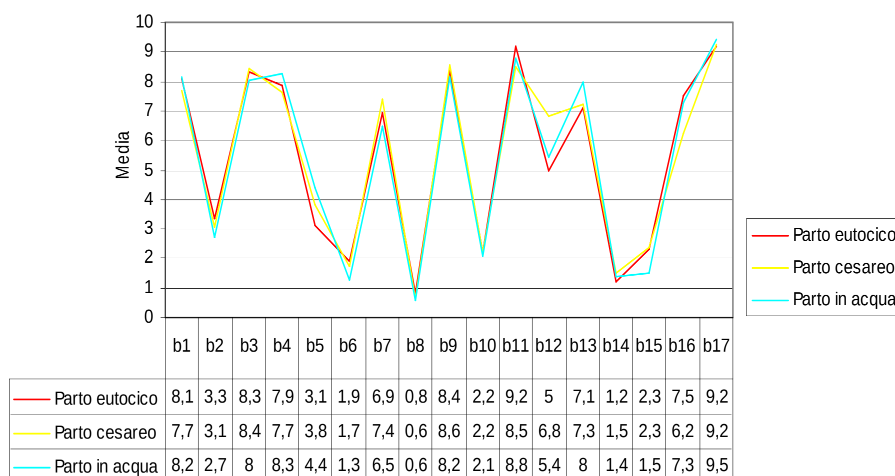
Decidiamo in ogni modo di svolgere il Test degli effetti fra soggetti per verificare i rapporti fra le coppie d'aggettivi all'interno dei tre gruppi. Il valore d'ogni coppia d'aggettivi non comporta una differenza significativa tra i gruppi. Vista l'omogeneità delle risposte in questa sezione, non viene effettuata l'ulteriore verifica con il Test post-hoc. Ciò che emerge dall'analisi di questa sezione è che le donne dei gruppi si percepiscono come madri in modo molto simile in tutte le diciassette coppie d'aggettivi presentate. I Test effettuati non evidenziano alcuna differenza nelle risposte delle donne: non vi è quindi diversità di percezione fra i gruppi nella sezione "Sé come madre".

Analisi Sezione 3: "Bambino"

La rappresentazione grafica qui di seguito riportata (Grafico 11), non presenta, anche in questa sezione, differenze rilevanti nelle medie considerate. Le linee che rappresentano i tre gruppi si sovrappongono spesso e seguono lo stesso andamento in più punti.

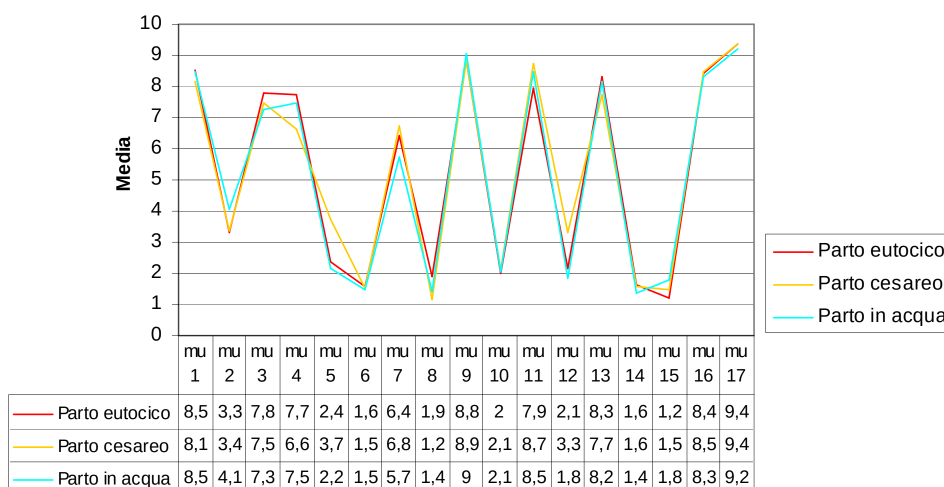
Eseguiamo l'esame dei Test Multivariati ed il valore di significatività (.018) segnala una differenza nelle risposte del campione. Il dato ricavato, ci porta, quindi, a svolgere il Test degli effetti fra soggetti per individuare le coppie d'aggettivi che determinano la differenza tra i gruppi. La coppia d'aggettivi numero 5 (intraprendente-timido) presenta una significatività di .082, la coppia numero 12 (indipendente-dipendente) presenta un valore di .067 ed, infine, la coppia numero 16 (invadente-non invadente) un valore di .068. Sono i valori che più si avvicinano al valore di riferimento .05 e che, quindi, differiscono dal resto degli aggettivi presentati.

Grafico 11 - Andamento delle medie del "Bambino".



	b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8	b9	b10	b11	b12	b13	b14	b15	b16	b17
Parto eutocico	8,1	3,3	8,3	7,9	3,1	1,9	6,9	0,8	8,4	2,2	9,2	5	7,1	1,2	2,3	7,5	9,2
Parto cesareo	7,7	3,1	8,4	7,7	3,8	1,7	7,4	0,6	8,6	2,2	8,5	6,8	7,3	1,5	2,3	6,2	9,2
Parto in acqua	8,2	2,7	8	8,3	4,4	1,3	6,5	0,6	8,2	2,1	8,8	5,4	8	1,4	1,5	7,3	9,5

Grafico 12 - Andamento delle medie "Marito come uomo".



	mu 1	mu 2	mu 3	mu 4	mu 5	mu 6	mu 7	mu 8	mu 9	mu 10	mu 11	mu 12	mu 13	mu 14	mu 15	mu 16	mu 17
Parto eutocico	8,5	3,3	7,8	7,7	2,4	1,6	6,4	1,9	8,8	2	7,9	2,1	8,3	1,6	1,2	8,4	9,4
Parto cesareo	8,1	3,4	7,5	6,6	3,7	1,5	6,8	1,2	8,9	2,1	8,7	3,3	7,7	1,6	1,5	8,5	9,4
Parto in acqua	8,5	4,1	7,3	7,5	2,2	1,5	5,7	1,4	9	2,1	8,5	1,8	8,2	1,4	1,8	8,3	9,2

Per avere una maggiore conferma a questi dati, abbiamo eseguito un Test Post-hoc che ci ha permesso di verificare in che modo le riposte si differenziano tra i gruppi. Una differenza rilevante si verifica nel confronto fra il gruppo eutocico e quello in acqua, per la coppia numero 5 (intraprendente-timido): le donne dei due gruppi presentano risposte e, quindi, percezioni, diverse nei confronti del loro bambino. L'altra differenza riguarda la coppia d'aggettivi indipendente-dipendente: la differenza si rileva tra il parto eutocico e in acqua e, quindi, anche in questa scelta, le due modalità di parto presentano una differenza nella percezione del loro bambino. La stessa diversità si rileva anche nel confronto tra il gruppo del parto cesareo e quello del parto eutocico: anche fra questi due gruppi esiste quindi una diversa percezione del bambino a proposito della sua indipendenza-dipendenza. In riferimento alla coppia d'aggettivi numero 16 (invadente-non invadente), si evidenzia una differenza di percezione nei confronti del bambino fra le donne che hanno scelto il parto eutocico e quello cesareo. In conclusione a questa sezione, le percezioni delle donne nei tre gruppi differiscono nelle risposte relative alle dicotomie intraprendente-timido, indipendente-dipendente e invadente-non invadente. In questo caso, la percezione del bambino presenta differenze interessanti, che riguardano, vale a dire, aggettivi forti e particolari: la differenza relativa soprattutto alla coppia invadente-non invadente richiama proprio la nostra impostazione teorica, la possibilità, in altre parole, di vivere

l'arrivo del bambino in modo diverso a seconda del parto scelto. Sarebbe interessante valutare qui, in che modo si differenzia questa percezione nelle tre modalità di parto per verificare con quale intensità viene vissuta l'invadenza o meno dell'arrivo del piccolo e il grado di differenza nei tre parti. Interessante anche la presenza riguardante le coppie intraprendente-timido ed indipendente-dipendente, la stessa differenza rilevata anche nelle sezioni relative al "Sé come donna" e il "Sé come madre".

Analisi Sezione 4: "Marito come uomo"

Valutiamo ora come le donne dei tre gruppi percepiscono il loro "Marito come uomo". Il grafico 12 relativo alle medie delle risposte, evidenzia la distribuzione e l'andamento della scelta degli aggettivi proposti: la rappresentazione grafica evidenzia uno svolgimento omogeneo e simile nei tre tipi di parto.

Dall'esame dei Test Multivariati non si evidenzia, all'interno della sezione, una differenza tra i gruppi, il valore di significatività (.704) è, infatti, molto distante dal valore di riferimento standard. Il Test degli effetti fra soggetti (Tab. 15) per verificare i rapporti fra le coppie d'aggettivi all'interno dei tre gruppi indica che il valore d'ogni coppia d'aggettivi non comporta una differenza significativa tra i gruppi. Vista l'omogeneità delle risposte in questa sezione, non viene effettuata l'ulteriore verifica con il Test post-hoc.

Tabella 15 - Test degli effetti fra soggetti nella sezione "Marito come uomo"

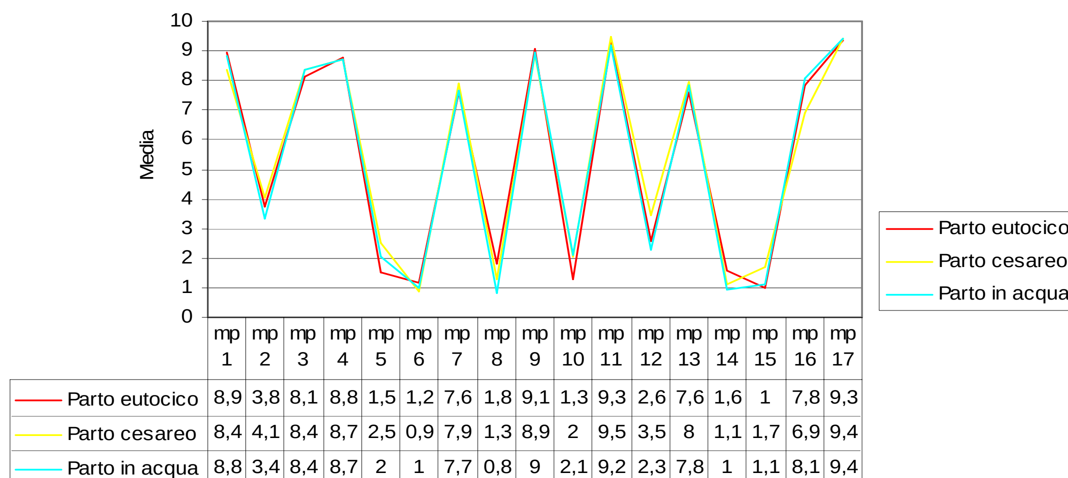
Sorgente	Variabile dipendente	Somma dei quadrati Tipo III	df	Media dei quadrati	F	Sig.
gruppo	mu1	2,401	2	1,2	0,281	0,756
	mu2	9,774	2	4,887	0,421	0,658
	mu3	4,225	2	2,112	0,322	0,726
	mu4	21,375	2	10,687	1,357	0,263
	mu5	41,996	2	20,998	2,487	0,089
	mu6	0,214	2	0,107	0,029	0,971
	mu7	16,291	2	8,145	0,991	0,375
	mu8	7,99	2	3,995	1,337	0,268
	mu9	0,654	2	0,327	0,18	0,836
	mu10	0,084	2	0,042	0,008	0,992
	mu11	9,138	2	4,569	1,132	0,327
	mu12	37,68	2	18,84	2,317	0,105
	mu13	5,711	2	2,855	0,586	0,559
	mu14	0,924	2	0,462	0,175	0,839
	mu15	4,934	2	2,467	0,724	0,488
	mu16	0,37	2	0,185	0,041	0,959
	mu17	0,689	2	0,344	0,548	0,58

Ciò che emerge dall'analisi di questa sezione è che le donne dei gruppi percepiscono i loro mariti in quanto uomini, in modo molto simile in tutte le diciassette coppie d'aggettivi presentate. I test effettuati non evidenziano alcuna differenza nelle risposte delle donne: non vi è quindi diversità di percezione fra i gruppi nella sezione "Marito come uomo".

Analisi Sezione 5: "Marito come padre"

Approfondiamo, infine, le analisi relative alle sezione "Marito come padre". Il grafico 13 espone l'andamento dei valori medi delle risposte del campione: anche questa sezione presenta un andamento uniforme nei tre gruppi e non riporta differenze rilevanti.

Grafico 13 - Andamento delle medie "Marito come padre".



	mp 1	mp 2	mp 3	mp 4	mp 5	mp 6	mp 7	mp 8	mp 9	mp 10	mp 11	mp 12	mp 13	mp 14	mp 15	mp 16	mp 17
Parto eutocico	8,9	3,8	8,1	8,8	1,5	1,2	7,6	1,8	9,1	1,3	9,3	2,6	7,6	1,6	1	7,8	9,3
Parto cesareo	8,4	4,1	8,4	8,7	2,5	0,9	7,9	1,3	8,9	2	9,5	3,5	8	1,1	1,7	6,9	9,4
Parto in acqua	8,8	3,4	8,4	8,7	2	1	7,7	0,8	9	2,1	9,2	2,3	7,8	1	1,1	8,1	9,4

Dall'esame dei Test Multivariati si evidenzia una tendenza all'effetto gruppo. La significatività con valore .067, indica una lieve differenza nelle percezioni relative al marito come padre. Sembra, quindi, che le donne percepiscano in modo differente la figura dell'uomo come padre; andiamo dunque ad analizzare questa differenza con il Test degli effetti fra soggetti per individuare le coppie d'aggettivi che determinano la differenza tra i gruppi. Dall'analisi degli effetti emerge un valore significativo relativo alla coppia d'aggettivi numero 8 (bello-brutto): le donne dei tre gruppi sembrano quindi percepire in modo diverso quest'aspetto del marito diventato padre.

Il valore è debole, ma con il Test post-hoc andiamo in ogni caso ad effettuare una verifica del dato. Dal Test di verifica emerge un'indicativa differenza di percezione sulla coppia bello-brutto fra il gruppo delle donne che hanno scelto l'acqua e il gruppo dell'eutocico (Tab. 16).

Tabella 16 - Test post-hoc con metodo Bonferroni

Variabile dipendente	(I) gruppo	(J) gruppo	Errore std.	Sig.
mp8	eutocico	cesareo	0,4114	0,62
		acqua	0,4114	0,047
	cesareo	eutocico	0,4114	0,62
		acqua	0,4114	0,71
	acqua	eutocico	0,4114	0,047
		cesareo	0,4114	0,71

In questa sezione, emerge una sola differenza fra i gruppi: le donne percepiscono in modo diverso il marito diventato padre nell'aspetto relativo alla coppia d'aggettivi bello-brutto. La differenza è significativa, ma la dicotomia d'aggettivi considerata non porta a considerazioni interessanti. In relazione alla sezione precedente, "Marito come uomo", non si evidenziano percezioni differenti e le sezioni riferite al marito rimangono prive di dissomiglianze e le risposte del campione si presentano uniformi e abbastanza simili.

In conclusione all'intera analisi del MATE-R, emergono lievi differenze tra i gruppi.

Nella sezione "Sé come donna" le percezioni delle donne variano nelle coppie d'aggettivi intraprendente-timida e indipendente-dipendente: queste sono le sole caratteristiche che diversificano le neo-mamme dei tre gruppi.

Nella sezione del "Sé come madre" non si rilevano differenze tra i gruppi. È un dato interessante in quanto le ricerche prese a riferimento (Fava Vizziello, Barbiero, 2004) sostengono che proprio questa sezione dovrebbe essere maggiormente interessata da cambiamenti rilevanti. Nella nostra analisi, invece, le donne nei tre gruppi non dimostrano percezioni significativamente diverse su loro stesse in quanto madri.

Nella sezione relativa alla percezione del "Bambino" emergono tre dissomiglianze: intraprendente-timido, indipendente-dipendente, invadente-non invadente. Questo è un dato interessante: in linea con le ricerche considerate, la percezione del bambino sembra maggiormente caratterizzata da cambiamenti rappresentazionali. I tre gruppi mostrano percezioni diverse nei confronti del piccolo, e ciò dimostra che, secondo il vissuto del parto, le donne vivono in modo diverso il bambino appena arrivato, perlomeno per quanto riguarda gli aggettivi intraprendente-timido, indipendente-dipendente,

invadente-non invadente. Sarebbe qui stato interessante indagare in che modo si differenziano queste percezioni, in altre parole analizzare in quale gruppo il bambino viene vissuto in maniera meno positiva e con maggiore ambivalenza.

Nelle sezioni relative al marito emerge una lieve differenza solo nella considerazione dello stesso come padre: in questa parte i gruppi mostrano diverse percezioni in riferimento alla coppia d'aggettivi bello-brutto. È un dato poco significativo, soprattutto considerando che, poi, non emergono altre differenze. Sembra, quindi, che le percezioni delle donne nei confronti dei mariti, come uomini e padri, non subiscano cambiamenti rilevanti ed, inoltre, i tre gruppi di parto non riportano diverse modalità di percezione dei partner.

In sostanza, le principali differenze riguardano le sezioni "Bambino" e "Sé come donna": le donne appartenenti ai tre gruppi percepiscono in modo diverso il loro bambino e vivono differentemente anche il loro essere donna dopo il parto.

Conclusioni

I risultati non confermano le nostre ipotesi iniziali. Non emerge, ovvero, nessun dato forte e significativo che ci permetta di convalidare le nostre supposizioni.

Gli esiti della nostra ricerca risalgono il fiume controcorrente: in contrasto alla maggior parte della letteratura esistente, pongono riflessioni importanti, incentivano interrogativi, arricchiscono e smuovono le acquisizioni finora conquistate.

L'acqua, quale elemento che restituisce femminilità e delicatezza alla nascita, rimane una dolce modalità di parto, ma non alleggerisce, secondo le nostre valutazioni, l'impatto dell'evento sull'emozionalità della donna.

Le donne che hanno scelto l'acqua vivono il parto come le donne che hanno scelto il metodo classico e cesareo: la nascita in acqua non diminuisce i livelli d'ansia nel post-partum e non riduce la possibilità di depressione post-natale. In riferimento alla depressione, il gruppo del parto cesareo mostra livelli lievemente più alti rispetto ai gruppi-confronto: la programmazione del parto non concede forse alla donna di vivere la spontaneità e naturalità dell'arrivo del piccolo e la mancanza del contatto alla nascita può, in più, determinare una minore consapevolezza dell'arrivo del bambino ed un conseguente aumento d'angosce e preoccupazioni più profonde e globali. L'acqua ed il lettino ostetrico non presentano differenze, sia nella considerazione degli stati ansiosi che in quella dei depressivi.

La riflessione che segue lascia ad ogni modo spazio a conclusioni positive.

I Reparti di Ostetricia e Ginecologia che abbiamo scelto per la costituzione del campione, sono centri all'avanguardia che permettono alle donne una scelta personale. Gli Ospedali considerati offrono alle partorienti diverse modalità di nascita: sono presenti le vasche, i lettini, gli sgabelli, sale operatorie adeguate e questo aspetto può, secondo noi, aver influito sulla ricerca. Se le donne hanno avuto l'opportunità e la libertà di scegliere la modalità di parto preferita, può essere che i livelli d'ansia e di depressione non differiscano proprio per questo motivo: la donna che pensa, si ascolta e con calma e riservatezza sceglie ciò che è meglio per lei e per il suo piccolo, può evidenziare un post-partum più positivo e sereno. In altre parole: forse non è la modalità di parto che determina l'emozionalità della donna nel post-partum, ma il fatto che essa possa scegliere seguendo le proprie predisposizioni e vivere come desidera e in modo consapevole la nascita del figlio. Scegliere la modalità (su consiglio di personale attento al vissuto emotivo), pensarla, immaginarla e poi viverla con preparazione può determinare un impatto diverso dell'evento, a differenza, invece, di quelle donne che non possono scegliere e vivono il parto così come viene stabilito dal reparto di riferimento.

Così come nelle tematiche relative all'ansia e alla depressione, anche nell'analisi relativa alle rappresentazioni non emerge un dato significativo e convalidante. Abbiamo supposto di riscontrare nelle donne dei tre gruppi percezioni molto diverse, che confermavano la diversità stessa delle tre modalità, delle loro filosofie e convinzioni. Credevamo, inoltre, di verificare notevoli cambiamenti nelle sezioni che riguardano il sé della madre e le percezioni relative al piccolo. Il fenomeno atteso, si manifesta solo in parte. Nella sezione "Bambino" le differenze tra i parti ci sono e riguardano, anche, coppie d'aggettivi importanti ed interessanti. Le donne dei tre gruppi percepiscono in modo diverso il loro bambino negli aspetti d'indipendenza-dipendenza, intraprendenza-timidezza ed invadenza-non invadenza. Quest'ultimo dato apre molti interrogativi e riflessioni: qual è il gruppo di donne che vive con maggiore invadenza l'arrivo di un figlio? Cosa intendono le mamme per invadenza? È un sentimento che si riallaccia all'evento del parto (l'arrivo del bambino è invadente)? O è una sensazione data dall'ormai constatata presenza di un cucciolo (del tipo: "non avrò mai più la tranquillità

di prima!")? Sarebbe interessante indagare questo proposito, magari con uno studio longitudinale che prenda in esame le percezioni in periodi di tempo precisi per verificare il proseguire di questa manifestazione.

La sezione che, invece, si riferisce alle percezioni delle donne nei confronti di loro stesse in quanto madri, non evidenzia differenze significative: le donne dei tre gruppi sembrano elaborare in modo simile il nuovo ruolo. Questo aspetto può essere positivamente influenzato dai Corsi di Preparazione alla Nascita e dai momenti di ritrovo nel Reparto, che divengono sempre più frequenti ed importanti periodi di confronto, arricchimento e apprendimento per le future mamme, ma anche per i prossimi papà, che sempre più partecipano alla gravidanza, al periodo di preparazione e al parto. L'aumentata partecipazione delle figure paterne al periodo gestazionale, ma anche agli incontri di preparazione e, in seguito, al parto, può influire sulle percezioni materne nel post-partum: la nascita è vissuta in due, o perlomeno, la donna può sentirsi più protetta, accompagnata e capita.

Nel corso della ricerca spesso si è fatto riferimento a questa ritrovata figura, che negli anni passati è stata in ombra, ma che ora riprende l'importanza del suo ruolo e vive, con la donna, l'arrivo del figlio. Infatti, le percezioni delle donne nei confronti dei mariti, come uomini e padri, non presentano differenze rilevanti: i tre gruppi sembrano percepire in modo simile la figura del marito, uomo ed ora padre, e le rappresentazioni relative ad essa non sembrano manifestare grandi cambiamenti.

Qualche cambiamento interessa però la percezione delle donne nei confronti di loro stesse in quanto donne, e non madri. Nei tre gruppi emerge una discrepanza nelle coppie d'aggettivi che riguardano caratteristiche quali intraprendenza-timidezza ed indipendenza-dipendenza. È curioso notare che sono le stesse coppie rilevate nella sezione del bambino ed è interessante osservare in specifico la dicotomia indipendente-dipendente: con l'arrivo di un piccolo sembra cambiare la percezione relativa all'indipendenza, e non nel ruolo materno, ma in quello più primordiale: l'essere donna.

La mancata conferma delle ipotesi può sembrare un insuccesso, ma porta, invece, un arricchimento, nuove riflessioni e spunti d'indagine. Al di là delle ipotesi, una curiosità ci ha spinto a prendere in considerazione un'altra variabile: la parità. La parità sembra essere una variabile fondamentale nell'elaborazione delle emozioni nel post-partum. Emergono dati davvero interessanti: le secondipare dimostrano maggiori livelli d'ansia e depressione rispetto alle primipare. Le secondipare, forse in ricordo dell'esperienza già vissuta e consapevoli di ciò che le aspetta, anticipano l'intensità delle emozioni e degli stati disfunzionali, d'altro canto, invece, le primipare vivono con più spensieratezza la nascita non potendo appoggiarsi a nessuna precedente consapevolezza.

Riferimenti bibliografici

AA.VV. (2002). *Postnatal Depression and Puerperal Psychosis*. Edimburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Baroni, M.L., Mastrantonio, P., Prezza, M., Villani, G. (1987). La gravidanza di coppia. In M. PREZZA, *Partorire oggi: dalla gravidanza al ritorno a casa*. Roma: Bulzoni Editore.

CeruttiI, R., Sichel, M.P. (2000). La psicoprofilassi ostetrica: sue utilità e prospettive. In P.L. Righetti, L. Sette, *Non c'è due senza tre*. Torino: Bollati Boringhieri, 241-254.

Cluett, E.R. et al. (2004). Randomised controlled trial of labouring in water standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. *British Medical Journal*, 314-328.

Colombo, G. (2001). *Manuale di psicopatologia generale*. Padova: CLEUP.

Cox, J.L., Holden, J.M., Sagowsky, R. (1987). Detection of postnatal depressioni. Development of the 10-items Edinburg Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, n. 150.

Cramer, B., Palacio-Espasa, F. (1993). *Le psicoterapie madre-bambino*. Milano: Masson.

Dal Verme, S., Mantovani, S. (2005). Transizione alla genitorialità. In P.L. Righetti, D. Casadei, *Sostegno psicologico in gravidanza*. Roma: Edizioni scientifiche Ma.Gi., 79-96.

De Casper, A.J., Sigafoos, D. (1983). The Intrauterine Heartbeat : A Potent Reinforcer for Newborns. *Infant Behavior and Development*, 6, pp. 19-25.

Demolli, B., Gatelli, L. (2005). Dolore e ansia nel parto. In P.L. RighettIi D. Casadei, *Sostegno psicologico in gravidanza*. Roma: Edizioni scientifiche Ma.Gi., 161-173.

Eddie, F.C. Murta, Rosekeila, S. (2004). Is repeated caesarean section a consequence of elective caesarean section? *Lancet*, 649-650.

Fava Vizziello, G., Stern, D.N. (a cura di), (1992). *Dalle cure materne all'interpretazione*. Milano: Cortina.

Fava Vizziello, G., Stocco, P. (1997) a cura. *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*. Milano: Masson.

Fava Vizziello, G. (2003). *Psicopatologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.

Fava Vizziello G. (2008). *Paternità in cerca d'autore*. Milano: Elsevier Masson.

Fava Vizziello, G., Barbiero, G. (2004). L'inquietante cambiamento, in, G. Fava Vizziello, A. Simonelli,

Adozione e cambiamento, Torino: Bollati Boringhieri.
Favaretto, G. (2006). Protocolli terapeutici della depressione prima e dopo la gravidanza. *Relazione al Convegno "Psiche femminile in gravidanza e puerperio"*, Conegliano Veneto.
Federici, C. (1995). Fusionalità, separatezza e genitorialità nella coppia. *Consultorio Familiare*, N. 3, 25-34.
Imperiali, M. (2005). Mamme tristi e un po' giù. *http://www.dica33.it*.
Inghilleri, D. (2004). Ogni gravidanza fa a sé. *http:// www.dica33.it*.
Krug, S., Scheier, I., Cattel, R. (1976). *Handbook for the Ipat Anxiety Scale ASQ*. Colonado Drive, IL: Istitute for Personality and Ability Testing.
Landon, B.M. et al. (2004). Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. *New England Journal of Medicine*, 351(25), 2581-2589.
Maggioni, C. (2006). Psiche femminile in gravidanza e puerperio. *Relazione al Convegno "Psiche femminile in gravidanza e puerperio",* Conegliano Veneto.
Mastronardi, L. (2003). Depressione post partum: Che cos'è e come affrontarla. *http:// www.mpv-cav.veneto.it*.
Monti, F. (2006). La depressione post-partum e puerperale. *Relazione al Convegno: "Psiche femminile in gravidanza e puerperio",* Conegliano Veneto.
Monti, F., Agostini, F., Martini, A. (2004). Depressione post-partum e interazioni madre-bambino. *Età Evolutiva*, 17, 77-84.
Monti, F., Martini, A., Agostini, F. (2005). Depressione pre e post-partum. In P.L. Righetti, D. Casadei, *Sostegno psicologico in gravidanza*. Roma: Edizioni scientifiche Ma.Gi., 127-151.
Novaga, M., Pedon, A. (1978). *Adattamento italiano del Questionario ASQ*, Firenze: Organizzazioni Speciali.
Nunziante Cesaro, A. (1992). Fantasie materne e formazione del sé. In M. Ammaniti (Eds.), *La nascita del sé*. Roma-Bari: Laterza, 149-157.
Pedrabissi, L., Santinello, M. (1989). *Adattamento italiano dello State-Trait Anxiety Inventory*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
Piermarteri, F., Prezza, M., Mastrantonio, P. (1987). Il parto. In M. Prezza, *Partorire oggi: dalla gravidanza al ritorno a casa, studi e testimonianze*. Roma: Bulzoni, 79-133.
Righetti, P.L. (2003). *Elementi di psicologia prenatale*. Roma: Edizioni scientifiche Ma.Gi.
Righetti, P.L. (2005). *Ogni bambino merita un romanzo*. Roma: Carocci.
Righetti, P.L., Casadei, D. (a cura di), (2005). *Sostegno psicologico in gravidanza*. Roma: Edizioni scientifiche Ma.Gi.
Righetti, P.L., Sette, L., (2000). *Non c'è due senza tre: Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
Righetti, P.L. et al. (2005). Maternal/Paternal Antenatal Attachment and Fourth-dimensional Ultrasound technique: a Preliminary Report. *British Journal of Psychology*, 96, 129-137.
Riordan, J. (1999). Epidural anesthesia and breastfeeding. Breastfeeding Abstracts, Novembre 1999. In *http:// www.lalecheleleague.org*.
Rocca, E. (2004), Il parto in acqua, *http:// www.ilmiobaby.com*.
Simonelli, A., Zancato, P., Calvo, V. (2000). I livelli di maternalità. In P.L. Righetti, L. Sette, *Non c'è due senza tre*. Torino: Bollati Boringhieri, 253-276.
Soldera, G. (2005). *Conoscere il carattere del bambino prima che nasca*. Pavia: Riccardo Bonomi Editore.
Spielberger C.D., (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
Stern, D.N. (1995). *La costellazione materna*. Torino: Bollati Boringhieri.
Thöni, A. (2005). Partorire ed essere partoriti in acqua: esperienza dopo 1750 parti in acqua. *Relazione al Convegno "L'uomo: genitorialità, procreazione e desiderio di salute",* Conegliano Veneto.
Thöni, A. (2004). Partorire in acqua: una modalità fisiologica e sicura per nascere. *Gyneco*, 5/6, 19-23.
Winnicott, D.W. (1987). *I bambini e le loro madri*. Milano: Cortina.

Ricevuto : 12 agosto 2008
Revisione ricevuta : 6 marzo 2009